

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1897-98. — N° 119.

DES
ABCÈS APPENDICULAIRES

OUVERTS DANS L'INTESTIN

Disparition. Continuation de l'Appendicite. Résultats éloignés

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 2 Juin 1898

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léon VILLARET

Né le 5 Octobre 1870, à Saint-Martin-le-Vinoux, (Isère)

Ex-Interne des Hôpitaux,

Ex-Préparateur de Sciences naturelles,

Ancien Prosecteur de l'École de Médecine de Grenoble.

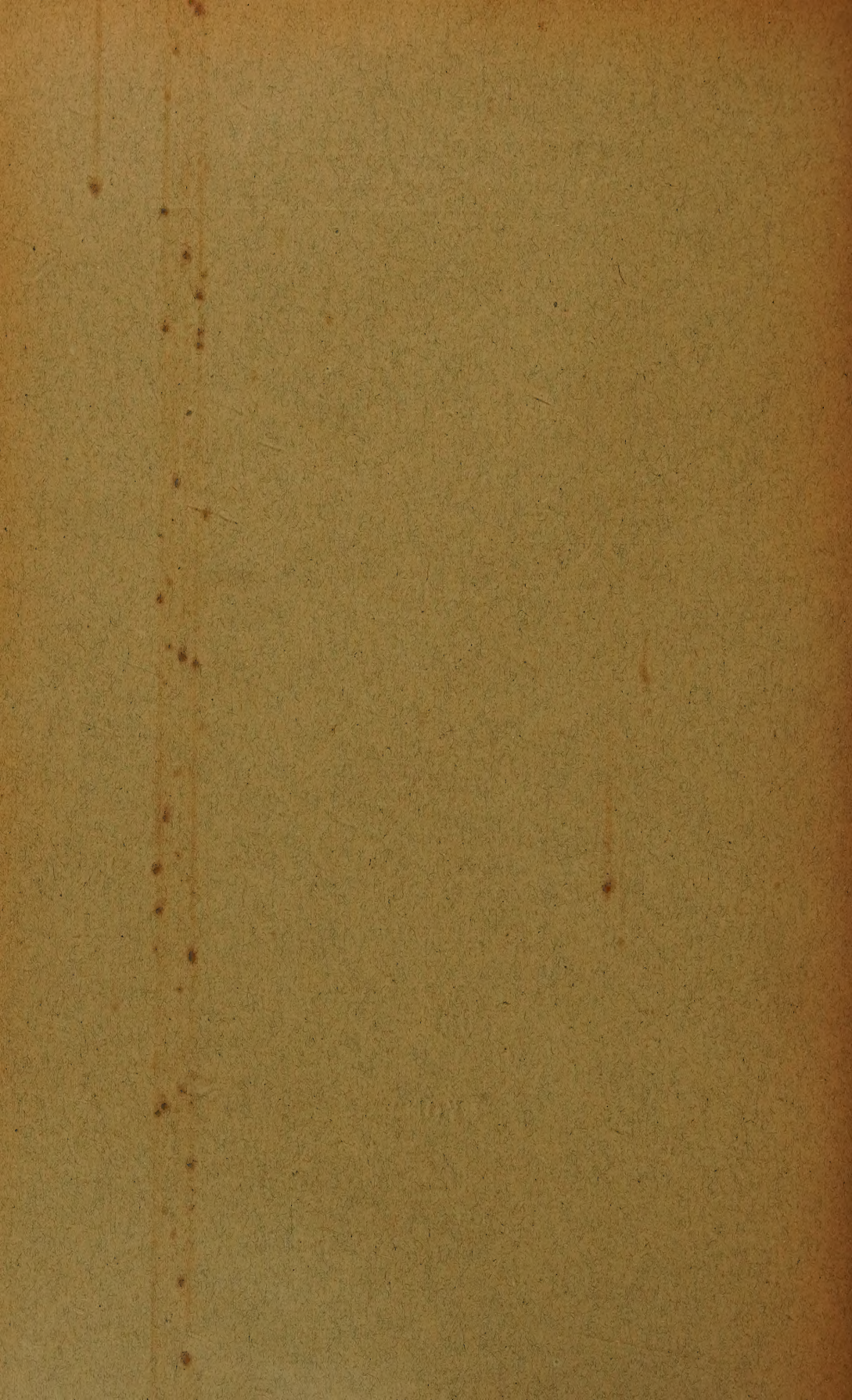


LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juin 1898



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1897-98. — N° 119.

DES
ABCÈS APPENDICULAIRES

OUVERTS DANS L'INTESTIN

Disparition. Continuation de l'Appendicite. Résultats éloignés

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 2 Juin 1898

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

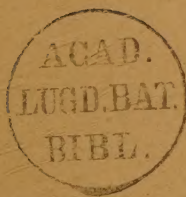
Léon VILLARET

Né le 5 Octobre 1870, à Saint-Martin-le-Vinoux (Isère),

Ex-Interne des Hôpitaux,

Ex-Préparateur de Sciences naturelles,

Ancien Prosecteur de l'École de Médecine de Grenoble.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juin 1898

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.

LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.	GAYET.
Physique médicale.	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.	MONOYER.
Matière médicale et Botanique.	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.	CAZENEUVE.
Anatomie.	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.	LORTET.
Physiologie.	TESTUT.
Pathologie interne.	RENAUT.
Pathologie externe.	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TEISSIER.
Anatomie pathologique.	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.	TRIPPIER.
Médecine légale.	POLLOSSON (M.)
Hygiène.	ARLOING.
Thérapeutique.	LACASSAGNE.
Pharmacie.	BARD.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEURS ADJOINTS

Clinique des Maladies des Femmes.	LAROYENNE.
---	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL agrégé
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS
Accouchements.	POLLOSSON (A.)—
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
CHANDELUX.	POLLOSSON (A.)	BOYER.	BARRAL.
BEAUVISAGE.	ROCHET.	VALLAS.	MOREAU.
CONDAMIN.	ROLLET.	SIRAUD.	CAUSSE, chargé des
COURMONT.	ROQUE.	DURAND.	fonctions d'agrégé.
DEVIC.	ROUX.	DOYON.	BORDIER —
GANGOLPHE.	COLLET.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président ; M. CHANDELUX, Assesseur ;

MM. GANGOLPHE et CONDAMIN, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

C'est à M. le professeur Poncet que nous devons l'idée première et la direction générale de ce travail.

Nous sommes heureux de le remercier de la bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli et des conseils qu'il nous a prodigués pour mener notre thèse à bonne fin. Il en accepte aujourd'hui la présidence ; qu'il nous permette de lui dire combien nous ressentons l'honneur qu'il nous fait et qu'il veuille bien recevoir l'assurance de notre vive reconnaissance.

Nous devons aussi présenter nos remerciements à M. le D^r X. Delore qui s'est mis à notre disposition pour les indications qui nous étaient nécessaires.

Arrivé au terme de nos études médicales, nous avons à rendre hommage à nos maîtres de l'Ecole de médecine et des Hôpitaux de Grenoble. Ils nous ont guidé dans l'étude de la médecine, nous prodiguant tous les jours leur science et leur talent ; nous leur sommes bien sincèrement reconnaissant et garderons toujours un excellent souvenir de nos anciens maîtres et chefs de service : MM. les D^{rs} Allard, Bordier,

*Comte, Deschamps, Flandrin, Girard, Nicolas,
Perriol et Porte.*

*Enfin n'oublions pas les amis et les bons camarades
que nous avons connus pendant notre scolarité et notre
internat. Qu'ils croient à notre vive et durable sympa-
thie.*

AVANT-PROPOS

Le traitement de l'appendicite est toujours à l'ordre du jour ; nous dirons même que cette question préoccupe de plus en plus les médecins et les chirurgiens, à mesure que sont mieux connus les signes cliniques de cette affection et que s'est établi plus facilement le diagnostic si souvent méconnu jusqu'à ces dernières années. Il était intéressant de rechercher ce que devenaient les appendiculaires chez lesquels on s'en était tenu au seul traitement médical.

D'après le professeur Poncet, bon nombre de ces malades restent complètement guéris, mais on ignore généralement, faute de documents précis, la proportion des guérisons ; tout au moins ne sait-on pas exactement ce qui se passe suivant la marche, l'évolution des accidents appendiculaires.

Dans cette étude, suivant le conseil de M. Poncet, nous nous sommes borné à envisager exclusivement l'appendicite suppurée avec ouverture du foyer dans l'intestin et à rechercher quels étaient les résultats éloignés de ce mode de terminaison des lésions inflammatoires.

A priori, en effet, pour M. Poncet et d'après les résultats de son expérience personnelle, la guérison peut et doit être parfois définitive ; dans d'autres circonstances, au contraire, il ne s'agit que d'une accalmie, d'un foyer mal éteint, susceptible de s'enflammer sous l'influence des moindres causes occasionnelles. Si, en effet, l'abcès qui s'ouvre dans l'intestin est le résultat d'une perforation de l'appendice avec élimination du ou des corps étrangers que cet organe peut contenir, la guérison comme celle de tout foyer inflammatoire complètement vidé doit être définitive. En pareil cas, l'appendice plus ou moins détruit, modifié dans sa forme et sa structure, se cicatrise et donne lieu à une sorte de moignon appendiculaire cicatriciel.

Par contre, lorsque le corps étranger persiste, n'est pas éliminé, une fistule appendiculo-intestinale en sera volontiers la conséquence et l'on s'explique très bien la persistance des lésions inflammatoires. Il en sera de même encore si l'abcès qui se vide dans l'intestin est péri-appendiculaire, c'est-à-dire s'il est le fait de la propagation de l'inflammation de l'appendice au tissu voisin sans perforation de cet organe, et alors que l'appendicite ne se trouve plus comme précédemment dans les conditions requises de guérison.

Ces considérations méritaient d'être éclairées à la lumière des faits et, encore une fois, nous avons pensé faire œuvre utile en permettant dorénavant de mieux savoir ce qu'il advient des appendicites suppurées ouvertes dans l'intestin et, par cela même, d'être mieux fixé sur la conduite présente et ultérieure à tenir dans cette espèce.

Voici le plan suivi dans notre travail :

CHAPITRE PREMIER. — Anatomie. Siège et dispositions de l'appendice.

CHAPITRE II. — Historique.

CHAPITRE III. — Lieux d'élection de l'ouverture dans l'intestin des abcès appendiculaires. Anatomie pathologique. Symptomatologie.

CHAPITRE IV. — Diagnostic. Pronostic.

CHAPITRE V. — Traitement.

OBSERVATIONS.

CONCLUSIONS.

DES
ABCÈS APPENDICULAIRES
OUVERTS DANS L'INTESTIN

Disparition. Continuation de l'Appendicite. Résultats éloignés.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE. SIÈGE ET DISPOSITION
DE L'APPENDICE

Le cæcum est situé dans la fosse iliaque droite, qu'il remplit presque entièrement. Jusqu'à ces dernières années on le croyait privé de péritoine à sa partie postérieure, et appliqué par celui-ci contre la paroi de la fosse iliaque, la séreuse passant au-dessus de lui à la manière d'un pont. En 1887, M. Tuffier déclara que jamais, pas plus chez l'adulte que chez le fœtus, le cæcum n'est en rapport direct avec le tissu cellulaire de la fosse iliaque; le cæcum est entouré par le péritoine sur toute sa surface et « la main peut en faire le tour comme elle fait le tour de la pointe du cœur dans le péricarde ».

Il ballotte donc librement dans la fosse iliaque, du moins d'une façon générale; c'est la disposition la plus fréquente;

le péritoine forme rarement un méso-cæcum rattachant cette portion de l'intestin à la fosse iliaque ; plus rarement encore, il n'en couvre que la portion antérieure appliquant la partie postérieure contre la fosse iliaque et directement sur le tissu cellulaire. Testut dit qu'en principe, chez l'adulte, le cæcum est plus ou moins adhérent une fois sur dix sujets, libre et flottant chez les neuf autres. Ainsi, ce qui était autrefois la règle, est devenu l'exception.

L'appendice vermiforme est un diverticulum du gros intestin attaché à la partie postéro-interne du cæcum. C'est un organe atrophié, vestige représentant chez l'homme le cæcum si développé des mammifères et des rongeurs. En effet, pendant la vie embryonnaire, il se confond avec le gros intestin, puis se rétracte peu à peu et, à la naissance, il a le volume d'une plume à écrire de longueur variable. Quelle est son utilité ? On ne lui en connaît point ; le physiologiste ne s'occupe pas de l'appendice.

Le clinicien ne peut en dire autant, car cet organe jugé autrefois incapable de produire les grands désordres imputés à la typhlite et à la pérityphlite ^a, depuis une dizaine d'années surtout, accaparé l'attention des médecins et des chirurgiens et relégué au second plan les deux maladies que nous venons de nommer.

L'appendice naît sur la face postéro-interne du cæcum à l'union des deux tiers supérieurs et du tiers inférieur de cette face. Selon Clado, son origine rapportée à la paroi abdominale correspond à l'intersection de deux lignes : l'une suivant le bord externe du muscle grand droit, l'autre perpendiculaire à la première et partant de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Mac Burney place la naissance de l'appendice au milieu d'une ligne allant de l'épine iliaque antérieure et supérieure, à l'ombilic.

Sappey donne comme longueur à l'appendice 6, 8 et 10 centimètres; on l'a vu atteindre 18 et 20 centimètres; parfois, il est réduit extrêmement et ressemble à un gros bourgeon situé sur le cæcum. Son diamètre extérieur varie de 5 à 10 millimètres. Sa structure comprend quatre couches, de même que l'intestin : une tunique externe péritonéale, avec tunique musculaire à fibres circulaires et longitudinales; une tunique sous-muqueuse composée de tissu conjonctif et presque dépourvue de fibres élastiques; une tunique muqueuse à épithélium cylindrique, à stroma adénoïde, à follicules clos, à glandes en tubes. L'appendice va en s'effilant vers sa pointe; les fibres musculaires et les glandes disparaissent progressivement; la couche cellulaire prend une plus grande importance.

Enfin il est traversé dans toute sa longueur par un canal fort étroit. A son orifice, il est muni d'un repli semi-lunaire, la valvule de Gerlach destinée à s'opposer à l'entrée des matières fécales. Cependant, MM. Clado et Lafforgue considèrent cette valvule comme très rare. L'appendice est souvent maintenu par un méso-appendice, 123 fois sur 200, selon Fergusson; les 77 autres fois, il était appliqué contre le tissu cellulaire.

Cependant, sa direction et sa situation dans l'abdomen sont très variables. Il est irrigué par une seule artériole.

La direction de l'appendice est un point fort intéressant et qui peut expliquer les diverses localisations appendiculaires et péri-appendiculaires.

Sur 200 cas étudiés par Fergusson, 19 fois l'appendice était placé sur la face externe sur le côté droit du cæcum.

11 fois, il se dirigeait directement en bas.

18 fois, il se dirigeait directement en dedans.

75 fois, il était en rapport avec la partie postérieure du cæcum.

77 fois, placé de telle façon que sa perforation se serait faite dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et aurait eu pour conséquence un abcès de la région iliaque.

Selon Talamon, l'appendice se dirige :

Tantôt en bas, librement ou accolé à la paroi postérieure de la fosse iliaque ;

Tantôt il s'engage dans le petit bassin et se met directement en rapport avec le rectum ;

Tantôt en dedans et en avant contre la face interne du cæcum ;

Tantôt entre le cæcum et la paroi abdominale ;

Tantôt enfin en arrière du cæcum.

Lafforgue donne une statistique de laquelle il résulterait que l'appendice se dirige généralement en bas, 41,5 fois pour 100 ; qu'il atteint parfois le petit bassin, disposition fréquente, selon clado, et que là il se mettrait en rapport avec le rectum, la vessie, l'utérus, l'ovaire, le vagin.

19,5 fois pour 100 il se porte vers l'abdomen, vers les anses de l'intestin grêle.

13 fois pour 100 il est ascendant et s'applique contre la face postérieure du cæcum et du côlon pour remonter parfois jusqu'au rein et au foie.

Enfin, 9,5 fois pour 100 il se porte en dehors.

Nous voyons donc par ces statistiques que : selon Fergusson, l'appendice est dans l'immense majorité des cas

en rapport avec la partie postérieure du cæcum. Selon Lafforgue et Clado, au contraire, l'appendice se dirigerait en bas pour se mettre en contact avec les organes du petit bassin.

Ainsi, les directions et les situations de l'appendice sont très variables et nous voyons les auteurs peu d'accord à ce sujet.

Peut-être la disposition de l'appendice varie-t-elle selon la réplétion ou la vacuité de l'intestin grêle, du gros intestin et de la vessie.

N'en est-il pas de même pour l'utérus au sujet duquel s'étaient engagées de longues controverses ?

Le décubitus plus ou moins longtemps prolongé a peut-être aussi une certaine influence. Une attaque d'appendicite antérieure n'a-t-elle pu, en créant des brides, des adhérences, modifier la situation de cet organe ?

Aussi, sans préjuger de leur plus ou moins grande fréquence, pensons-nous que les deux types les plus communs sont :

L'un dans lequel l'appendice, après avoir croisé le psoas, descend dans le petit bassin et se met en rapport avec les organes que contient celui-ci. C'est le type descendant.

L'autre dans lequel l'appendice s'applique contre la face postérieure du cæcum et remonte le long du côlon. C'est le type ascendant.

Ceci nous permettra d'expliquer comment, à la suite d'une appendicite, d'une péritonite circonscrite formant abcès appendiculaire, il se formera : dans le type descendant, une collection tendant à s'ouvrir dans le rectum, le vagin ou la vessie ; dans le type ascendant, une collection tendant à s'ouvrir soit dans le cæcum ou le côlon, soit, en contournant ces portions du gros intestin, à faire saillie sous la paroi abdominale dans la fosse iliaque droite.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

L'appendicite, depuis ces dix dernières années, est une question à l'ordre du jour et ne cesse de préoccuper médecins et chirurgiens. Elle a pris une très grande place et le grand nombre de monographies, d'articles parus dans les différents périodiques européens et américains le démontrent suffisamment.

La perforation de l'appendice vermiforme est connue depuis longtemps, Mestivier (1759), Wegeler (1813), Mélier (1827) en font mention; mais la majorité des auteurs rapportaient à la typhlite et à la pérityphlite les désordres dont la cause première est l'appendice. C'est Albers, de Bonn, médecin allemand, qui crée pour ainsi dire la typhlite.

Grisolle, cependant, dans son *Traité de pathologie interne*, ne prononce pas ce mot; pour lui, la maladie d'Albers n'existe pas.

Cependant les auteurs confondent les inflammations spécifiques du cæcum, tuberculeuses, typhiques ou autres

avec les désordres causés par l'appendicite et la perforation de l'appendice.

Grisolle fait dépendre les troubles digestifs que l'on voit dans l'appendicite de l'abcès iliaque et les assimile à ceux que l'on observe dans une affection fébrile.

Dance, Mènière, Dupuytren négligent l'appendice et ne voient que la typhlite et la pérityphlite ; comment un si petit organe produirait-il d'aussi graves désordres ? Dupuytren reconnaît cependant la plus grande fréquence des abcès iliaques à droite et l'explique par la difficulté qu'ont les matières à circuler dans le cæcum.

Mais avec les notions nouvelles d'anatomie il est impossible d'admettre en règle générale le processus indiqué par Mènière ; la tumeur iliaque n'est pas due nécessairement à une inflammation du tissu cellulaire péri-cæcal.

Ce sont les travaux de Talamon, en 1882, de Tuffier en 1887, de Trèves, qui ont replacé la question sur son véritable terrain. A la même époque, les médecins et chirurgiens des Etats-Unis s'étant mis à ouvrir le ventre d'une façon précoce et systématique pour les accidents imputés autrefois à la typhlite, virent que ceux-ci dépendaient non du cæcum, mais de la perforation de l'appendice. En 1886, Réginald Fitz, de Boston, publie dans le *American Journal of medical sciences*, un mémoire sur 209 cas de typhlite et de pérityphlite et 257 cas d'appendicite perforante ; il montre que les symptômes sont les mêmes dans les deux ordres de faits ; il étudie avec soin les conséquences de la perforation ; il établit que la péritonite n'est pas toujours généralisée, qu'elle peut se circoncrire et donner lieu à une collection purulente enkystée ; il donne les caractères de cette collection, les différents modes

d'évacuation, le pronostic fâcheux en cas d'abandon de la maladie; la fréquence des scybales comme cause de la perforation; enfin il conseille l'intervention chirurgicale.

Deux ans plus tard, en 1888, il affirme l'identité des états décrits sous les noms de typhlite, pérityphlite, paratyphlite péritonite appendiculaire, abcès pérityphlitique. Ce ne sont pour lui que les phases ou les variétés d'une même affection, l'inflammation de l'appendice vermiforme, l'appendicite.

Les chirurgiens de tous les pays font aussi la même remarque; si bien qu'à l'ancienne typhlite se substitue peu à peu la notion précise et vraie de l'appendicite. Nous pouvons citer comme y ayant puissamment contribué en France les noms de Talamon, Dieulafoy, Routier, Poncet, Tuffer, Jaboulay, Quenu, Jalaguier; en Suisse, Roux, de Lausanne.

« Les recherches de ces dix dernières années nous paraissent avoir définitivement établi que le siège du mal n'est primitivement ni dans le cæcum, ni dans le tissu conjonctif avoisinant, mais uniquement dans l'appendice iléo-cæcal. Le mot de typhlite, qui veut dire inflammation du cæcum, doit donc disparaître et faire place dorénavant à celui d'appendicite » (Talamon).

On doit aussi considérer la pérityphlite comme une conséquence des lésions de l'appendice, produisant une inflammation intrapéritonéale, ou extrapéritonéale, inflammation qui peut être simplement exsudative ou devenir suppurée.

Talamon n'admet pas davantage la pérityphlite primitive; pour lui, c'est une maladie bâtie de toutes pièces sur

des considérations cliniques et dont l'existence n'est justifiée par aucun fait anatomo-pathologique.

Cependant le contact longtemps prolongé des matières fécales, l'engorgement stercoral du cæcum est capable de provoquer une inflammation de la muqueuse, une entérocolite glaireuse ou membraneuse. Mais on peut retourner la proposition et soutenir qu'à la suite d'une crise d'appendicite, d'une inflammation de la muqueuse du cæcum on a de la stagnation des matières fécales, de la constipation cæcale. Dieulafoy divise les appendicites en trois catégories :

Première catégorie : Appendicites suivies de septicémie péritonéale, de péritonite diffuse, forme terrible souvent mortelle quand l'opération n'est pas hâtive.

Deuxième catégorie : Appendicites avec péritonite circonscrite, forme beaucoup moins grave que la précédente, puisque l'enkystement de la péritonite est déjà une étape vers la guérison.

Troisième catégorie. Appendicites sans péritonite.

Tous les auteurs sont maintenant d'accord pour soutenir qu'une seule chose est vraiment souveraine : c'est la laparotomie et la résection de l'appendice.

Laparotomie pour donner issue au pus, pour permettre de drainer la cavité purulente.

Résection de l'appendice pour empêcher l'issue des matières septiques à travers la perforation, ou prévenir une nouvelle crise d'appendicite lorsque le traitement médical seul aura fait régresser la maladie une ou plusieurs fois.

Le traitement chirurgical hâtif est la seule chance que l'on ait de sauver le malade dans la première catégorie.

Mais rien ne permet de prévoir que telle appendicite sera suivie de péritonite diffuse et par suite rapidement mortelle.

La deuxième et la troisième catégorie sont beaucoup moins graves. Les malades ont eu le temps de faire des adhérences protectrices qui cantonnent la péritonite.

Quelques-uns ont eu deux, trois, quatre attaques appendiculaires. En se circonscrivant, la péritonite fait un pas vers la guérison, elle rend possible l'ouverture spontanée de la collection purulente, soit vers la peau, soit dans un organe voisin, cæcum, intestin grêle, gros intestin, rectum, vessie, vagin.

Nous allons nous occuper de l'ouverture, dans l'intestin, de ces péritonites circonscrites, de ces abcès appendiculaires. Quels sont les lieux d'élection de cette ouverture? Quelle en est la symptomatologie? Quel pronostic? Quel en est le traitement?

Nous allons essayer de résoudre le mieux possible ces diverses questions.

CHAPITRE III

LIEUX D'ÉLECTION D'OUVERTURE DANS L'INTESTIN DES ABCÈS APPENDICULAIRES ANATOMIE PATHOLOGIQUE SYMPTOMATOLOGIE

Nous avons vu tout à l'heure que les diverses dispositions de l'appendice par rapport aux organes contenus dans l'abdomen pouvaient former deux types principaux, l'un ascendant, l'autre descendant.

Bull donne dans une statistique de 17 cas d'abcès appendiculaires ouverts spontanément :

Ouverture à l'extérieur	28
— dans le cæcum	15
— dans le rectum	2
— dans la vessie	2
— dans l'iliaque interne.	2
— dans la cavité thoracique	2
Mort par pyohémie.	8

Ainsi le rapport entre l'ouverture de l'abcès dans le rectum ou dans le cæcum est de 1 à 7 en s'en rapportant à la statistique de Bull.

Dans sa thèse inaugurale, Blin donne un tableau basé

sur 72 observations de fistules pyo-stercorales consécutives à des abcès phlegmoneux de la cavité abdominale et indépendantes des hernies. Dans 38 cas le siège de la perforation a été établi soit par l'examen microscopique, soit d'après des symptômes qui ne laissaient aucun doute sur le point perforé; sur ces 38 cas bien connus, dans 3 seulement il y avait perforation de l'intestin grêle; dans les 35 autres, l'ouverture siégeait sur le gros intestin et se divisaient en : 22 perforations du cæcum ou de l'appendice sur lesquelles 18 sont dues à la pérityphlite.

7 autres perforations où l'on ne peut dire si c'était le cæcum ou le côlon ascendant qui était ouvert.

Enfin les 6 dernières étaient sur le côlon descendant et l'S iliaque.

Dans les 34 cas où le siège de l'ouverture dans l'intestin n'a pu être vérifié, les symptômes et la nature des matières rendues portent cependant à croire que c'était sur le gros intestin.

Ce que démontre cette statistique, c'est la tendance des abcès à s'ouvrir dans le gros intestin, spécialement pour ceux d'origine appendiculaire, car les 18 signalés comme dus à la pérityphlite ont perforé le cæcum.

Sur les 24 observations que nous rapportons, 21 sont des abcès appendiculaires ouverts dans l'intestin; les 3 autres, XIV, XVI, XXII, présentent seulement des phénomènes qui précèdent l'évacuation spontanée de la collection purulente dans le tube digestif, évacuation qui a été empêchée par la laparotomie.

Nous devons tout d'abord établir deux classes : ouverture spontanée, ouverture provoquée.

Pour cette dernière, l'intervention chirurgicale ne s'est

produite que par la voie rectale, le pus s'amassant dans le petit bassin et déprimant la partie terminale du tube digestif.

Ne nous occupant à présent que de la première classe, l'ouverture spontanée, nous voyons celle-ci se faire en deux lieux différents : au niveau du cæcum, au niveau du rectum. Et le rapport que nous trouvons est le même que celui donné par Bull. Nous avons :

Ouvertures spontanées dans le cæcum.	..	17
— — — dans le rectum.	..	2
— chirurgicales dans le rectum	.	4

Pourquoi les ouvertures spontanées montrent-elles une faveur marquée envers le cæcum ? Nous savons que l'appendice ne peut guère être atteint d'une manière un peu sérieuse sans que l'inflammation diffuse rapidement à travers les diverses couches pour atteindre l'enveloppe extérieure. Il n'y a pas d'appendicite sans péri-appendicite. La propagation inflammatoire se fait ou dans le péritoine ou dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal. L'appendicite simple ou tout au moins les premières phases de l'appendicite, tant qu'il n'y a pas perforation immédiate, produisent de la péritonite fibrineuse qui, en trente-six ou quarante-huit heures peut donner lieu à des adhérences assez marquées pour limiter la purulence et empêcher la diffusion après perforation. Cette première poussée de péritonite a plutôt des effets utiles ; elle limite les conséquences de la perforation s'il s'en produit, elle empêche la dispersion des matières septiques, des bacilles dont la virulence est augmentée, l'ennemi est cantonné, est enfermé et ne peut envahir la grande cavité péritonéale. La péritonite purulente se trouve enkystée ; elle

forme un abcès péri-cæcal ; mais, encore une fois, il faut le temps nécessaire pour que des adhérences se soient formées, il ne faut pas avoir affaire à une péritonite diffuse, à une septicémie péritonéale.

Lorsque nous avons un appendice à type ascendant, l'isolement au moyen des adhérences se fait facilement, la grande cavité péritonéale peut être préservée de l'invasion microbienne. La collection est limitée d'une part par le gros intestin en avant, en arrière et latéralement par la paroi latérale et postérieure de l'abdomen, lorsque l'appendice est appliqué derrière le cæcum.

S'il est situé en avant et en dedans, l'abcès est limité latéralement par le gros intestin, en avant par la paroi abdominale et en dedans par les adhérences formées par la péritonite plastique.

C'est alors que nous verrons la séreuse multiplier ses adhérences plastiques pour maintenir le pus et, selon que ce sera la paroi abdominale ou la paroi cæcale la moins résistante, l'abcès s'ouvrira, soit à travers les muscles, le tissu adipeux et la peau, soit à travers la paroi du gros intestin, du cæcum.

C'est de ce côté que se fera le plus souvent l'ouverture, car le chemin sera bien moins long à parcourir.

Nous avons cité plus haut un tableau donné par Fergusson ; sur 200 cas qu'il a étudiés, 150 fois l'appendice était en rapport avec la partie postérieure du cæcum ou placé de telle façon que son inflammation aurait donné lieu à un abcès de la fosse iliaque.

C'est ainsi que nous pouvons expliquer la grande fréquence avec laquelle le pus s'évacue dans cette portion du tube digestif.

Dans l'observation XVI, la présence de pus dans les selles n'est pas signalée ; l'abcès bombe dans le rectum, se prolonge dans la fosse iliaque droite. Une laparotomie médiane est faite et permet l'évacuation d'une grande quantité de pus. Les désordres signalés sont identiques à ceux que nous trouvons dans d'autres observations ; l'abcès était à la veille de s'ouvrir par le cæcum, car le surlendemain, en faisant le pansement, on trouve des matières fécales s'écoulant par la plaie ; constatation est faite qu'elles viennent de la fosse iliaque droite. Quatre mois et demi plus tard, la fistule persiste ; un débridement est pratiqué et conduit sur l'appendice perforé. Non seulement il faut réséquer l'appendice, mais encore la région cæcale voisine dans l'étendue d'une pièce de 5 francs.

Ainsi dans cette observation, on a constaté par le toucher rectal la proéminence de la tumeur dans le rectum ; et cependant celle-ci avait tendance à s'ouvrir dans le cæcum, elle était sur le point de le faire ; la présence de matières fécales dans le pansement et la deuxième intervention, nécessaire quatre mois et demi après, ne démontrent-elles pas que la paroi cæcale était prête à céder sous l'effort du pus et en si mauvais état qu'elle n'a pu se réparer, une fois la collection purulente évacuée ?

Dans l'observation XVII publiée par M. Pauzat, le malade avait eu, deux ans auparavant, une première attaque d'appendicite ayant duré un mois et s'étant terminée par la présence de pus dans les selles ; le malade n'est cependant pas très affirmatif à ce point de vue.

Dans sa dernière maladie, le toucher rectal a été pratiqué à plusieurs reprises, les limites supérieures de la

tumeur ont été atteintes et il a été impossible de trouver une ouverture rectale.

La collection purulente s'est affaissée assez brusquement; il ne s'est pas produit d'écoulement de pus au dehors; il fallait donc admettre que la tumeur était entrée en voie de résolution rapide ou que le pus s'était évacué dans une cavité voisine. Les émissions d'urine étaient normales. Pas de symptômes de péritonite; un signe nouveau apparaissait, c'était du gargouillement dans la fosse iliaque droite, de la crépitation gazeuse dans l'étendue de la tumeur sus-pubienne; cette crépitation se confond insensiblement avec le gargouillement.

Deux jours après l'affaissement de la tumeur, le malade a des selles purulentes qui persistent pendant plusieurs jours. N'ayant pas trouvé l'ouverture rectale, le toucher ayant été pratiqué jusqu'à la limite supérieure de la tumeur, il faut donc que le pus se soit évacué par le cæcum. Une communication avec l'intestin grêle aurait été précédée par quelques signes de péritonite en dehors de la région cæcale.

Toutes les observations I, II, III, IV, VII, XV, XVII, XXIII et XXIV sont des appendicites à rechute terminées par la présence du pus dans les matières fécales; la fosse iliaque droite est empâtée, douloureuse, et c'est grâce au traitement médical et à la temporisation que la perforation cæcale se produit; le malade se rétablit, la guérison se maintient plus ou moins longtemps, mais une nouvelle collection se forme et s'évacue par le cæcum, très probablement par la première fistule qui ne s'est pas fermée.

Dans les observations VI, VIII, X, XI et XII, il n'y a pas eu d'appendicites antérieures. Toutes ont été traitées

médicalement et se sont terminées par des selles purulentes. Deux guérisons sont rapportées, une mort par suppuration prolongée, une mort par maladie intercurrente, et, enfin, chez la malade de l'observation VI l'état ne s'est amélioré que très lentement après un an de souffrances.

Les phénomènes se sont passés uniquement dans la région cæcale, il n'y a pas eu de propagation du côté du petit bassin.

Il n'en est pas de même dans les observations IX et XIX où l'ouverture rectale a été spontanée ; nous voyons les malades présenter peu ou pas d'empâtement dans la fosse iliaque droite, la région cæcale ne paraît pas atteinte ; le toucher rectal, au contraire, donne la sensation d'une tumeur proéminente dans cette portion du tube digestif. Et si ce n'étaient les crises précédentes d'appendicite et les symptômes, le diagnostic d'abcès appendiculaire serait extrêmement difficile. Ce n'est qu'après de longues souffrances, près de deux mois dans l'observation XIX, un mois dans l'observation IX que nous voyons le pus s'évacuer spontanément par le rectum.

Dans les observations V, XVIII, XX et XXI, il y a eu intervention chirurgicale.

Le malade qui fait l'objet de l'observation V a eu une première crise il y a cinq ans ; à sa deuxième appendicite, il est soigné médicalement, et il y a une amélioration très notable lorsque se produit une violente rechute. A ce moment, par le toucher rectal, on sent un abcès ; une incision est faite et 1 litre de pus s'écoule ; comme complication, le malade a deux parotidites supprimées.

Dans l'observation XVIII, le malade a eu une crise d'appendicite ; il y a trois semaines, sous l'influence du

traitement médical, les symptômes ont diminué, le plastron abdominal a disparu, et il n'y a qu'un léger empâtement dans la fosse iliaque droite. Mais la collection a progressé du côté du rectum et permet de sentir de la fluctuation à ce niveau. Incision, issue d'un pus chaud, crémeux, contenant quelques fongosités.

La marche des symptômes est à peu près la même dans l'observation XXI; par suite de la temporisation, l'état du malade est si mauvais que l'opérateur n'ose faire l'anesthésie et ouvre l'abcès par le rectum.

La marche des événements a été beaucoup plus rapide chez la malade de l'observation XX; une semaine entre le début des accidents et l'incision par voie rectale; là, nous voyons que la tuméfaction, peu marquée dans la région cæcale, a gagné rapidement le petit bassin.

Dans tous ces cas d'abcès appendiculaires, ouverts soit spontanément, soit chirurgicalement par le rectum, nous voyons que le traitement médical, généralement sangsues et glace, appliqué sur la région cæcale a fait régresser les symptômes et a permis au pus de descendre vers le petit bassin. Tout permet de supposer que, dans ces cas, il s'agissait d'appendice à type descendant, chez lesquels la séreuse créait de solides adhérences, aidée en cela par le traitement médical et la temporisation, afin de refouler le pus vers la partie la plus faible, la paroi rectale.

L'anatomie pathologique de ces abcès appendiculaires est assez variable si l'on s'en rapporte aux résultats fournis par les opérations; elle dépend surtout de l'époque à laquelle sont apparus les premiers accidents et de la marche de ceux-ci. Nous trouvons tantôt un appendice perforé, en communication avec la cavité purulente et celle-ci avec

l'intestin; tantôt l'appendice ne présente ni récente ni ancienne perforation; il est renflé en massue en gourde, son canal est dilaté en certains points, rétréci en d'autres; il renferme des coprolithes, des scybales; ses différentes couches sont plus ou moins modifiées; il présente de l'altération, l'affaiblissement de ses parois, l'ingérence du tissu adipeux, la néoformation et la dilatation des vaisseaux facilitant et favorisant les congestions actives et passives et en aggravant les conséquences. La muqueuse en certains points est répartie incomplètement et facilite ainsi la présence des bactéries dans les tissus, leur repullulation, la réinfection.

Plusieurs éléments entrent dans la structure des parois de la cavité pyostercorale; aponévroses, muscles, parois intestinales, péritoine épaissi, adhérences, enfin une membrane pyogénique la tapisse à l'intérieur.

La perforation est précédée de phénomènes inflammatoires qui retentissent sur les organes environnants et provoquent la formation des adhérences préservatrices. Le segment intestinal qui va être le siège de la perforation se trouve préalablement circonscrit et les matières qui en sortiront n'auront qu'une issue: la cavité purulente. Le péritoine se défend lui-même contre l'inflammation qui se fait à son voisinage; il s'épaissit, résiste au pus et fournit une paroi à la cavité purulente. Le segment intestinal qui va être perforé est détruit peu à peu; la paroi cæcale est noirâtre, ses couches sont réduites quelquefois à la muqueuse qui a pu encore résister; la perforation peut laisser passer juste une sonde cannelée ou atteindre les dimensions d'une pièce de cinq francs (obs. XVI). Le contenu de la collection est exceptionnellement du pus

épais bien lié, phlegmoneux ; le plus souvent, c'est un liquide louche, séreux, rempli de grumeaux, de fausses membranes au milieu duquel nage l'appendice gangrené. L'odeur est fétide, fécaloïde.

Mais pour tout ceci il faut tenir compte de la durée de la maladie, de sa violence, de ses rechutes, du moment de l'opération. Il est encore nécessaire de distinguer entre les désordres trouvés par une laparotomie et ceux que l'on découvre à l'autopsie d'un sujet mort de suppuration prolongée.

La symptomatologie de l'ouverture dans l'intestin des abcès appendiculaires n'est pas très complexe. Les deux grands signes sont : évacuation du pus par les selles, affaissement de la tumeur. Très souvent, rien ne fera prévoir cette ouverture de la collection et c'est au moment où le malade est apporté sur la table d'opération que l'abcès se vide et fait éprouver un besoin subit d'aller à la selle (obs. XXIII) ; souvent la diarrhée précède ou accompagne la présence du pus dans les selles. Pendant les premiers jours qui suivent l'élimination de la suppuration par cette voie, les selles sont presque toujours diarrhéiques. Mais quand la fistule est établie, l'intestin s'habitue au contact du pus et l'on voit survenir une constipation opiniâtre qui, si elle n'est pas combattue par des moyens doux et répétés, est fréquemment suivie de véritables débâcles ; il s'établit ainsi des alternatives de constipation et de diarrhée qui contribuent à affaiblir le malade. Des selles sanguinolentes, obs. IV XIV, indiquent la perforation prochaine du cæcum et sont bientôt suivies de pus (obs. VIII) si l'opération est plus longtemps différée. La présence de crépitation gazeuse, de gargouillements

au niveau du cæcum indiquent le mélange des gaz intestinaux avec le pus (obs. XXII), par suite la perforation du cæcum, et précèdent la débâcle de selles purulentes, deux jours dans l'obs. XVII. Nous pouvons donc dire que l'ouverture dans l'intestin des abcès appendiculaires est quelquefois précédée de selles sanguinolentes, accompagnée de gargouillement dans la fosse iliaque, que la diarrhée est un symptôme à peu près constant et que les deux grands signes sont la présence de pus dans les selles et l'affaissement de la tumeur.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC — PRONOSTIC

Le diagnostic découle des symptômes que nous venons de signaler et n'est absolument certain que lorsque la présence du pus dans les matières fécales a été constatée. Quel pronostic faut-il réserver à cette terminaison de l'appendicite? Peut-on dire qu'une fois l'abcès vidé par la voie intestinale, le malade se rétablira, que la guérison se maintiendra? N'aura-t-il plus à craindre de rechute?

Selon que l'abcès s'ouvre dans le cæcum ou dans le rectum, le pronostic varie. En effet, nous voyons que dans les observations I, II, III, IV, VII, XV, XXIII, XXIV, le malade a eu plusieurs crises d'appendicite plus ou moins rapprochées se terminant par l'évacuation de pus à travers la paroi cæcale; les crises sont très près les unes des autres comme dans l'obs. I (6 en un an), dans l'obs. VII (4 en six mois), dans l'obs. XV (toutes les trois semaines pendant sept mois). Elles se montrent à un très grand intervalle dans l'obs. II (17 ans), dans l'obs. III (3 ans), dans l'obs. IV (7 ans, 12 ans, 7 ans).

Par là nous voyons que la guérison peut se maintenir

apparente pendant très longtemps, mais que le malade est toujours sous le coup d'une nouvelle rechute. Dans toutes ces observations, la laparotomie a été jugée nécessaire, l'appendice réséqué et une guérison parfaite est le résultat. Les autres malades ont eu une seule attaque d'appendicite ; 2 seulement sur 5 sortent guéris de l'hôpital sans opération ; mais la guérison s'est-elle maintenue ? On ne peut le savoir, les malades n'ayant pas été suivis. Chez une jeune femme (obs. VI), l'état ne s'est guère amélioré au bout d'un an ; deux autres sujets sont morts ; un affaibli par la suppuration, un enlevé par une pneumonie intercurrente.

Enfin un malade (obs. XIII) chez qui l'ouverture de l'abcès par voie abdominale a été faite, mais l'appendice non réséqué, voit une rechute se produire, l'abcès s'ouvrir à la peau éliminant alors les corps étrangers et la guérison survenir.

Le pronostic se montre donc très déplorable pour les abcès ouverts au niveau du cæcum.

Il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit d'une collection qui s'amasse dans le petit bassin et s'ouvre spontanément ou est ouverte par le chirurgien dans le rectum.

Sur 6 observations, nous voyons 5 guérisons, observations V, XX, XXI, IX, XIX ; une seule rechute se produit, observation XVIII, et la guérison se maintient ensuite (depuis sept ans, obs. IX). Cependant dans la plupart des cas, le malade éprouve toujours un peu de pesanteur, une certaine difficulté à se servir du membre inférieur droit, spécialement lorsqu'il s'agit de gravir une marche d'escalier.

A quelle cause doit-on attribuer cette différence quant au pronostic, entre l'ouverture cæcale et l'ouverture rectale ?

Cela tient sans doute à la facilité avec laquelle la cavité de l'abcès est drainée dans un cas ou dans l'autre.

L'ouverture rectale se fait à la partie la plus déclive, le pus peut s'écouler plus facilement, les corps étrangers, scybales, coprolithes, si la perforation a eu lieu, sont plus facilement éliminés.

Lorsque nous nous trouvons dans la région cæcale, le foyer purulent est généralement situé en arrière du gros intestin, et, par suite, au-dessous, le malade étant dans le décubitus ; le pus n'est pas complètement évacué ; il en reste dans quelques anfractuosités situées à la partie la plus inférieure, les corps étrangers ne sont pas expulsés ; la guérison est apparente, le malade va mieux, mais conserve cependant un point douloureux, des périodes de constipation. Qu'il survienne un écart de régime, un peu de surmenage, le foyer va se réchauffer et donner naissance à une nouvelle poussée.

Il se passera quelque chose de semblable aux abcès successifs que l'on voit dans la fistule de l'anus.

Une autre cause fort importante peut influencer la marche de ces abcès.

L'appendice est-il perforé ou non ?

A-t-il été détruit en partie et réduit par suite à une sorte de moignon cicatriciel ?

Si une perforation de l'appendice s'est produite, assez grande pour permettre aux corps étrangers et aux matières septiques qu'il contient de passer dans la cavité de l'abcès ; si celui-ci peut se drainer suffisamment par la position et la grandeur de l'ouverture cæcale, il est probable que nous n'aurons pas de rechute, que l'appendice ou du moins ce qu'il en reste deviendra un moignon cicatriciel, et que

les parois de la cavité purulente se rapprocheront afin de tarir les sécrétions. Mais tout cela renferme bien des conditions et il est fort douteux qu'elles soient bien remplies.

Sur 6 observations où l'état de l'appendice est relaté, nous trouvons :

Appendices perforés, 4 (obs. XIV, XV, XVI et XXII)
— non perforés, 2 (obs. XXIII et XXIV).

Dans les observations XIV et XV, l'appendice est bien perforé, mais il existe une concrétion dans son canal ; elle n'a pu être évacuée.

L'observation XVI est muette au point de vue du contenu de l'appendice. Enfin, dans l'observation XXII, l'appendice était gangrené, séparé du cæcum, et si l'opération n'avait été faite à ce moment, il est probable qu'il aurait été évacué avec la collection purulente ; c'était le cas le plus favorable à l'élimination de tout corps étranger.

Nous avons deux cas où ni perforation ancienne, ni perforation récente de l'appendice n'ont pu être trouvées, (obs. XXIII et XXIV).

Ils étaient renflés l'un en fuseau, l'autre en gourde, contenant une certaine quantité de pus. Les abcès précédents qui s'étaient vidés dans l'intestin étaient péri-appendiculaires, dus à la propagation de l'appendicite aux tissus environnants, et cela sans perforation de l'appendice.

La conclusion au point de vue du pronostic est :

Lorsqu'il s'agit d'un abcès ouvert, soit spontanément, soit chirurgicalement, dans le rectum, le pronostic est favorable. Lorsqu'il s'agit d'un abcès ouvert dans le cæcum, le pronostic est défavorable, car les rechutes sont à craindre tant qu'une opération n'aura pas définitivement guéri le malade en lui enlevant son appendice.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Il est une règle de chirurgie générale qui prescrit d'aller au-devant du pus partout où il se trouve, afin de lui donner issue et cela le plus tôt possible. Pourquoi la fosse iliaque ferait-elle exception ? Pourquoi temporiser et laisser le malade sous le coup des complications qui peuvent surgir d'un instant à l'autre, mettre sa vie en danger et même l'emmener ? L'abcès appendiculaire peut s'ouvrir dans le cæcum, mais ce résultat est assez incertain et nous voyons combien les rechutes sont faciles et fréquentes. Elles se produisent tant que la cause même n'aura pas été détruite, tant que les corps étrangers n'auront pas été évacués et l'appendice assez modifié pour ne plus donner naissance à de nouveaux accidents. C'est une condition assez difficile à réaliser ; en effet, il faut savoir que les micro-organismes latents attendent dans les parois épaissies de l'appendice, dans les cicatrices, dans les adhérences, qu'il survienne un écart de régime, un excès quelconque pour se réveiller et reprendre toute leur virulence.

Aussi croyons-nous qu'en présence d'un malade ayant

eu une ou plusieurs rechutes, le meilleur conseil que nous pouvons lui donner est de se faire opérer.

Voici ce que dit Kreche au sujet des pérityphlites à répétition : « Elles sont justiciables de l'opération, car elles sont généralement la conséquence d'une appendicite catarrhale et ulcéreuse qui s'accompagne d'adhérences péritonéales et ne guérissent que par l'extirpation de l'appendice malade. »

Et Reclus, dans la *Revue de chirurgie* : « Si des récidives fréquentes font craindre une rupture, comme nul ne peut mesurer d'avance la gravité des accidents consécutifs, l'intervention est alors indiquée. »

Nous croyons donc pouvoir conclure : que les abcès appendiculaires ouverts dans le rectum, soit spontanément, soit chirurgicalement, donnent de bons résultats et ne font pas craindre de rechute pour l'avenir.

Les abcès appendiculaires ouverts dans le cæcum sont d'un pronostic fâcheux, car ils peuvent affaiblir le malade par une suppuration prolongée; lorsqu'ils présentent une guérison, elle est apparente, les rechutes sont à craindre. Aussi, dans ce cas, lorsqu'une ou plusieurs rechutes se sont produites, il faut conseiller au malade de se faire opérer, afin de réséquer l'appendice, cause de tous les accidents.

Nous ne ferons d'ailleurs que mettre en pratique, une fois de plus, le vieil adage : *Sublata causa, tollitur effectus*.

OBSERVATION I

(Service de M. le professeur Poncet)

Six crises d'appendicite en un an, les cinq premières se sont terminées par des selles purulentes. — Opération dix jours après le début de la sixième crise. — Laparotomie iliaque, tissus sclérosés, adhérences, appendice probablement sectionné, mais non enlevé, fistule stercorale guérie dix jours après. — Guérison.

Ch... Claudius, vingt et un ans, cultivateur, entré le 7 janvier 1898, salle Saint-Philippe, n° 27.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler; un frère mort de fièvre typhoïde.

Antécédents personnels. — Chute sur le nez à dix-huit mois, il en persiste des traces; pas de scrofulose dans l'enfance, migraines fréquentes dans le jeune âge. Constipation habituelle depuis l'âge de quinze ans; parfois le malade souffrait du ventre, aussi bien dans la fosse iliaque droite que dans la fosse iliaque gauche; néanmoins, le malade allait du ventre tous les deux ou trois jours sans avoir recours à des lavements ou à des purgations.

15 décembre 1896. — Le malade étant constipé depuis deux jours, prit sans cause aucune, sans aucun excès préalable, une crise appendiculaire (douleur intense dans la fosse iliaque droite; vomissements alimentaires, puis porracés, température). Le Dr Fiesinger appelé, fit appliquer des sangsues qui n'amenèrent pas de soulagement; la température et les vomissements augmentèrent. Trois jours après le début, le malade eut 40°3; vingt-quatre heures après le début, le délire survint et dura huit jours, au dire du malade. Traitement : piqûres de morphine jusqu'à douze par jour et glace sur le ventre. Au bout de dix jours, M. Fiesinger fit le diagnostic d'abcès appendiculaire, et allait opérer le malade, lorsque, dans la nuit, l'abcès se vida par voie intestinale.

La guérison dura deux mois, l'abcès s'est vidé en dix jours.

Juin 1897. — Rechute d'appendicite, d'une durée de quinze jours avec peu de température et de douleur sans vomissements; nouvelles selles de pus mêlé à des matières. Guérison en treize jours. Cette rechute est survenue sans cause aucune. Mais depuis la première atteinte, la constipation est telle que le malade ne va à la selle que par des lavements et des purgations.

Troisième atteinte identique fin juillet; durée : trois semaines.

Quatrième, septembre, même durée. Cinquième, commencement de décembre, même durée.

La sixième a commencé le 30 décembre, douleurs localisées à droite, pas de vomissements, un peu de température, constipation; les phénomènes ont cessé depuis le 5 janvier dernier; pas de selles purulentes lors de cette dernière crise; c'est la première fois que le malade n'en a pas.

État actuel. — On constate localement un plastron abdominal net dans la fosse iliaque droite, avec point douloureux exactement localisé au point de Mac Burney; le palper est peu douloureux, sauf lors des crises appendiculaires. Pas de fluctuation profonde. Constipation depuis mercredi 5 janvier; langue non saburrale, pas de perte de l'appétit. Urines : pas d'albumine.

10 janvier 1898. — Laparotomie iliaque. L'aponévrose du grand oblique incisée, on trouve le petit oblique, le transverse enflammés chroniquement sclérosés, confondus ensemble; il en est de même des plans plus profonds; aussi l'incision du péritoine se fait-elle à tâtons; on trouve dans l'angle supérieur de la plaie un plastron induré vers lequel l'intestin se confond; on débride par en bas (jour insuffisant), débridement par en haut sur une paroi toujours sclérosée; section de l'épigastrique; on ne voit que des anses d'intestin grêle avec peu d'épiploon leur adhérent.

Elles contribuent à former le plastron; dans les manœuvres faites pour les amener au dehors, il s'écoule une cuillerée à café d'un liquide rougeâtre, séro-purulent, d'une provenance qu'il n'est pas possible de déterminer.

Ces anses sont méthodiquement décollées, elles étaient adhérentes en deux points, sur une surface de deux pièces de 1 franc; hémorragie en nappe assez abondante à leur niveau, par rupture

des adhérences plastiques, d'où nécessité de sutures hémostatiques avec catgut.

En haut de la plaie, on finit par découvrir le cæcum fixé au péritoine iliaque et au péritoine pariétal; impossibilité de le mobiliser; on déchire méthodiquement les adhérences très résistantes à petits coups de ciseaux; en le dégageant, on croit avoir coupé l'appendice déformé à quelques millimètres de son implantation. Il semble, en effet, que l'on aperçoit deux petites surfaces de section; mais la pointe du stylet ne permet pas de reconnaître un canal.

En résumé, manœuvre plus ou moins aveugle, difficulté pour reconnaître l'appareil typhlo-appendiculaire; impossibilité de voir nettement l'appendice, et par cela même de l'enlever; il n'a pu être que sectionné; il devait s'agir d'une forme rétro-cæcale, avec adhérences et ouverture spontanée dans le cæcum.

Les suites opératoires sont simples; cependant, le 4 février, on constate dans le fond de la plaie, l'existence d'une fistule stercorale, donnant des matières et des gaz : la fistule est tarie dix jours après.

Le malade part, la plaie à peu près complètement guérie, le 26 février 1898.

OBSERVATION II

(Service de M. le professeur Poncet.)

Appendicite à douze ans terminée six jours après par des selles purulentes. — Deuxième appendicite dix-sept ans plus tard, le pus se fait jour par l'ombilic. — Laparotomie. — Appendice introuvable. — Guérison. — Deux mois après, un néoplasme emmène le malade.

B... Joseph, vingt-neuf ans, cocher, né à Breuil (Allier), demeurant à Nice, entré le 23 avril 1893, salle Saint-Philippe, lit n° 18.

Père et mère bien portants. Quatre frères tous bien portants.

Pas de frères ou sœurs morts en bas âge. Il ne connaît pas de tuberculeux dans sa famille.

Excellente santé antérieure. Jamais d'hémoptysie. Ne tousse pas.

A l'âge de onze ou douze ans, étant à l'école, en récréation, il s'est senti pris d'une douleur brusque « comme un coup de fusil » dans la fosse iliaque droite, douleur tellement violente qu'il n'a absolument plus pu bouger; on l'a transporté chez lui. Le médecin appelé a ordonné de l'onguent mercuriel et des cataplasmes de farine de lin. Il avait une grosseur au niveau de la fosse iliaque droite; au bout de cinq ou six jours, le malade a éprouvé un besoin subit d'aller à la selle et a évacué une certaine quantité de pus. En même temps, la tumeur disparaissait à peu près complètement. Les selles suivantes n'ont, à ce qu'il dit, pas contenu de pus. Le malade s'est parfaitement rétabli.

Bonne santé depuis cette époque. Pas de constipation habituelle. Pas de diarrhée.

Depuis quatre à cinq mois, il a un peu maigri, il a pâli. Depuis douze mois, il sent, dans la fosse iliaque, une grosseur du volume d'une noix; elle est absolument indolente; il n'y a pas eu de début brusque comme dans la première maladie. Depuis une vingtaine de jours, la tumeur a augmenté rapidement de volume et des douleurs peu vives se sont montrées, mais elles ne sont pas localisées à la région de l'appendice; elles se montrent aussi bien du côté gauche; on sent une tuméfaction siégeant dans toute la fosse iliaque droite et les parties avoisinantes de l'abdomen.

Depuis deux jours, l'abcès s'est ouvert spontanément à l'ombilic. Beaucoup de pus est sorti et le volume du ventre a diminué.

25 avril. — Laparotomie. — Après avoir pratiqué une incision au niveau de l'appendice, on tombe dans un vaste foyer rempli de pus épais, en grumeaux; il est impossible de trouver une communication entre ce foyer et la fistule ombilicale. Drainage.

27 avril. — Des matières fécales s'écoulent par la plaie.

12 mai. — Le drain a été enlevé, grande amélioration, diminution très notable du plastron.

Le malade sort de l'hôpital.

23 juin 1893. — Le malade rentre avec des phénomènes d'occlusion intestinale, ventre ballonné, coliques violentes répétées, à droite, on sent un plastron dur. Diagnostic probable de néo-plasme.

Laparotomie iliaque gauche. — Entérotomie. — Intestin grêle à parois très épaisses, charnues.

La première anse qui se présente est l'S iliaque, que l'on ouvre par mégarde et qui est refoulé par l'intestin grêle. Anus contre nature.

24 juin. — Soulagement.

30 juin. — L'anus contre nature fonctionne très bien. L'appétit est exagéré; la cachexie est progressive.

13 juillet 1893. — Mort.

L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION III

(Thèse Paul Benoît, Paris, 1891.)

Appendicite terminée par selles purulentes quinze jours après. — Guérison incomplète pendant trois ans. — Rechute. — Laparotomie iliaque, évacuation du pus, 1/2 litre — Fistule stercorale. — Nouvelle intervention. — Grande perte de substance du cæcum comblée par suture de Lembert. — Très légère fistule. — Guérison.

D... Emile, dix-huit ans, 14 août 1890.

C'est un garçon pâle, peu vigoureux, bouffi quand nous l'avons examiné. Ce malade entre une première fois à l'hôpital Cochin. Il est pris depuis longtemps de douleurs dans la fosse iliaque droite, s'accompagnant au début de constipation qui a cédé à l'emploi des purgatifs. C'est la persistance des phénomènes douloureux joints à des accidents fébriles qui font entrer le malade à l'hôpital. A l'examen, la cuisse est fléchie et en rotation en dehors; les tentatives d'extension déterminent une grande douleur à la

région ilio-lombaire, la fosse iliaque est remplie d'une tumeur dure, arrondie, immobile, sans rénitence ni fluctuation paraissant faire corps avec la paroi osseuse. Le petit malade était alors pâle, amaigri, la température oscillait entre 39 et 40 degrés. Au bout de quinze jours de cet état grave, diarrhée abondante accompagnée d'évacuation de pus; amélioration, la température tombe presque à la normale, la cuisse reprend son attitude, et quinze jours après le malade sort et se remet à son travail.

A ce moment, il portait dans la fosse iliaque la même tumeur qui semblait n'avoir que peu diminué de volume.

Les douleurs persistèrent sans grande acuité jusqu'au mois d'août 1890; à cette époque, elles devinrent assez vives pour nécessiter son admission à l'hôpital où M. Tuffier constate, dans la fosse iliaque, une volumineuse tumeur remontant de l'arcade de Fallope à la région des lombes, dure, non fluctuante, accolée à l'os sans changement de coloration à la peau.

La cuisse est légèrement fléchie et en rotation en dehors. Les purgatifs administrés ne déterminent aucune amélioration. La température oscille autour de 39 degrés. M. Tuffier porte le diagnostic d'appendicite avec phlegmon péricæcal et pratique l'opération suivante : Incision verticale de 10 centimètres dans la région iliaque et dans la direction de la ligne classique de la ligature de l'iliaque primitive. La paroi musculaire, scléreuse, est épaisse d'un doigt; on chemine au travers et l'on tombe sur une poche contenant un demi-litre de pus. Cette cavité remonte jusqu'au-dessous du rein : en dedans, on voit la paroi cæcale noirâtre. Lavage, tamponnement iodoformé. Au quatrième jour, on fait le pansement. Il s'écoule des matières fécales par la plaie. Quinze jours plus tard, l'évacuation des matières étant abondante, M. Tuffier se résout à faire une nouvelle intervention pour fermer la fistule. Il agrandit l'incision primitive et tombe sur une large perte de substance du cæcum comprenant les deux tiers de sa largeur et 6 centimètres de haut.

Libération des bords de la fistule et mobilisation, suture de Lembert, grattage de la poche, drainage; le pansement est refait le troisième jour; il sort très peu de matières, mais encore quel-

ques débris alimentaires. Dans ces conditions, on fait simplement tous les trois jours un pansement avec drainage à la gaze iodoformée; l'état général est excellent; le malade est soumis à un régime alimentaire spécial, mais il persiste une petite fistule qui n'a pas de tendance à se fermer.

OBSERVATION IV

(Thèse Paul Benoît, Paris, 1891.)

Appendicite. — Matières fécales sanguinolentes. — Sept ans plus tard rechute terminée par des selles purulentes. — Douze ans après nouvelle crise. — Sept ans plus tard rechute. — Laparotomie iliaque, tumeur du volume d'un marron adhérente au cæcum. — C'est l'appendice. — Abscessus communiquant avec le cæcum. — Résection de l'appendice. — Le canal de celui-ci est oblitéré par un corps dur. — Corpuscule crétacé. — Transformation fibreuse de l'appendice dans sa partie terminale. — Guérison.

H... Frédéric, âgé de quarante-huit ans, entré le 28 octobre 1890 salle Chassaignac, n° 16, hôpital Beaujon.

Antécédents héréditaires. — Père mort de choléra, mère morte de vieillesse.

Antécédents personnels. — A l'âge de vingt et un ans, cet homme, portant une forte charge, ressentit une douleur vive dans la fosse iliaque droite. Il fut obligé d'interrompre son travail et d'entrer à l'hôpital de Bar-le-Duc; il sortit au bout de six semaines amélioré; mais depuis lors il était sujet à la constipation et les matières qu'il rendait étaient teintées de sang. Jusqu'en 1871, il eut des coliques à répétition; à cette époque elles se localisèrent à la fosse iliaque droite et en même temps apparurent des vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux. A la suite de périodes de constipation opiniâtre, il éprouvait des débâcles où il évacuait des matières fétides et du pus.

En 1883, nouveaux accidents et le malade entra à l'hôpital

Saint-Antoine (service de M. Landrieux) où il fut traité pour une péritonite tuberculeuse. Il en sortit amélioré ; mais au mois d'octobre de chaque année, une rechute le forçait à rentrer à l'hôpital.

Etat actuel. — A l'examen, le ventre est tendu et ballonné, douloureux. On sent, en palpant la fosse iliaque droite, un empâtement profond très douloureux à la pression. Néanmoins, l'état général du malade est satisfaisant, il n'a pas de signes de tuberculose pulmonaire. Le pouls est à 72, la température normale.

M. Tuffier porte le diagnostic de pérityphlite et appendicite.

La laparotomie est décidée et a lieu le 5 novembre.

Incision de 12 centimètres au niveau de la fosse iliaque droite, parallèle à l'arcade fémorale, division des plans cutanés, musculaires et aponévrotiques.

Ouverture du péritoine ; découverte de l'intestin.

Le doigt introduit dans la profondeur reconnaît l'existence d'une tumeur du volume d'un marron située à la partie postérieure du cæcum et adhérente.

Rupture de ces adhérences ; le cæcum est retourné et la tumeur apparaît entre les lèvres de la plaie ; ce n'est autre que l'appendice augmenté de volume.

La dissection des adhérences à la sonde cannelée met à nu un abcès situé entre la tumeur et le cæcum et communiquant avec ce dernier organe par une perforation. Il en sort du pus et une matière crétaée.

Résection de l'appendice à sa base après ligature entrecroisée. Suture de la perforation intestinale après avivement de la muqueuse. Sutures au catgut en surjet de l'épiploon et du péritoine. Suture de divers plans tégumentaires. Drainage avec un tampon de gaze iodoformée. Pansement. Le soir, la température est de 37°4, le pouls à 80.

6 novembre. — Vomissements. T. = 37°2. P. = 96.

7 novembre. — Etat général satisfaisant, On enlève le pansement et la mèche de gaze iodoformée. P. = 92.

11 novembre. — Enlèvement des points de suture. Réunion parfaite ; régime lacté.

16 novembre. — Reprise de l'alimentation ordinaire.

7 décembre. — Le malade sort guéri de l'hôpital. Il conserve seulement de la sensibilité exagérée à l'endroit où la laparotomie a été faite.

Examen microscopique de l'appendice et de son contenu (MM. Taupet et Thévenard) :

1° L'appendice dans sa partie terminale est presque entièrement fibreux ; sa lumière n'existe plus. Hypertrophie de la couche musculaire, surtout de la couche circulaire dans le reste de son étendue. Muqueuse et éléments glandulaires normaux. La lumière de l'appendice est oblitérée par un corps dur, d'apparence crétacée, et entourée d'une gaine de tissu myxomateux.

2° Les corps granuleux trouvés dans l'abcès rétrocaecal sont aussi constitués par des corpuscules crétacés englobés dans le tissu myxomateux. Rien qui puisse faire soupçonner la tuberculose.

OBSERVATION V

Service de M. le professeur Bondet.

(Communiquée par M. Plauchu, interne.)

Probablement appendicite à quinze ans. — Quatre ans après appendicite. — Soins médicaux. — Régression des phénomènes. — Huit jours plus tard rechute très vive. — Incision de l'abcès par voie rectale. — Evacuation d'un litre de pus. — Parotidites supprimées. — Guérison.

M... Lazare, dix-neuf ans, garçon boucher, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 14 décembre 1897.

Père et mère vivants et bien portants.

Un frère et une sœur bien portants.

Le malade répond mal aux questions qu'on lui pose ; dans son enfance, il aurait eu une bonne santé jusqu'à l'âge de quatorze ou quinze ans ; à cet âge, il eut une maladie dont il ne se rappelle pas la nature ; il croit néanmoins qu'elle siégeait dans l'abdomen.

Employé à Lyon depuis un an, il n'avait pas un métier très pénible et ne fut jamais malade depuis son arrivée dans cette ville. Pas d'alcoolisme.

Dimanche 12 courant, après avoir bu de la bière dans l'après-midi, il ressentit une légère douleur au niveau de la région sous-ombilicale. Cette douleur s'accrut dans la nuit de dimanche à lundi, mais restait localisée à l'endroit où elle avait apparue. Elle persista toute la nuit et toute la journée de lundi, s'atténua dans la nuit de lundi à mardi et reparut avec l'ingestion d'un bol de lait mardi matin.

Le malade n'a pas changé depuis dimanche ; il a vomi plusieurs fois dans la nuit de dimanche, la journée et la nuit de lundi ; tous ses vomissements, dit-il, avaient une amertume très marquée. Le malade est allé deux fois à la selle lundi à la suite de deux lavements ; le malade dit que les gaz qui avaient été supprimés ont réapparu cette nuit. Les urines sont normales comme quantité. Pas de céphalalgie, pas de vertige, pas de tendance à la syncope ; sensation nauséuse continue.

14 décembre 1897. — Douleur très intense dans la région sous-ombilicale et dans la fosse iliaque droite, surtout exaspérée par la pression à ce niveau et dans tous les points de l'abdomen, accrue par les mouvements, la parole, la toux.

Météorisme abdominal généralisé.

Nulle part on ne peut sentir de point induré. Le malade a eu un vomissement cette après-midi assez abondant, couleur marron, avec grumeaux de lait ; pas d'odeur fécaloïde.

Rien au cœur, rien aux poumons.

Pouls petit, rapide, 100.

Langue sèche, rouge sur les bords, couverte d'un enduit saburral épais.

Pas de liséré gingival.

15 décembre. — La douleur est un peu moins vive qu'hier, mais exagérée par la palpation et la percussion.

Il a eu une émission légère de gaz cette nuit. Hier soir un vomissement abondant de couleur vert foncé sans odeur fécaloïde.

Le pouls est toujours petit. Le facies grippé, anxieux.

16 décembre. — Douleur diminuée aujourd'hui, sangsues hier ; facies moins angoissé ; pas de vomissements ; pouls 80.

17 décembre. — La douleur se limite d'une façon nette au siège de l'appendice.

Le malade est allé à la selle trois fois cette nuit.

26 décembre. — La tumeur a diminué de volume sous l'influence de la glace et des sangsues. Apyrexie.

Une intervention chirurgicale ne paraît plus devoir être utile.

3 janvier 1893. — Dans la nuit, le malade a eu une violente douleur abdominale. La température s'est élevée à 39 degrés. Le malade a pris un facies grippé. Une nouvelle tumeur apparaît dans la fosse iliaque.

L'état général du malade s'est profondément altéré.

7 janvier. — Le malade présente tous les symptômes d'une péritonite aiguë généralisée par rupture du foyer appendiculaire primitif. Par le toucher rectal, on sent un abcès qui pointe et qui a le volume d'une orange. Une intervention s'impose.

Incision par la voie rectale de l'abcès pelvien. Issue d'un litre de pus.

On place une mèche de gaze.

9 janvier. — Le malade est toujours très bas ; il a de l'hypothermie, le ventre est très tendu.

10 janvier. — Depuis hier, le malade souffre au niveau de la région parotidienne et a un gonflement considérable à ce niveau.

11 janvier. — Incision de la parotide.

12 janvier. — Parotidite du côté opposé.

La température est toujours élevée, 38 degrés. Incision de la parotide droite qui est suppurée.

Depuis ce moment, l'état général s'améliore. Le ventre est moins tendu, moins volumineux.

22 janvier. — Guérison des parotidites suppurées. Le ventre est souple. L'état général meilleur. Le malade s'achemine vers la guérison.

OBSERVATION VI

(Thèse de Blin, Paris 1879, communiquée par le Dr M...)

Appendicite. Au bout d'un mois, rémission légère. Huit jours après, les phénomènes s'aggravent. — Empâtement marqué dans la fosse iliaque droite. — Deux mois après l'apparition des premiers symptômes, issue du pus à l'ombilic. — Quinze jours après, selles purulentes. Pas d'opération. — Fistule ombilicale persiste. — Un an après le début, selles purulentes tous les dix à douze jours.

L'an dernier, au mois de juillet 1878, ma fille, âgée de vingt et un ans, mariée récemment, voyageait depuis quelque temps en Suisse, lorsque vers le 15 août elle fut prise à la suite de marches longues et fatigantes, de fièvre et de vomissements avec douleurs vives ayant leur siège dans la fosse iliaque droite.

Durant le premier mois, nulle perception de tumeur dans la région malade, mais persistance des vomissements et des douleurs. Cet ensemble de symptômes fit porter au Dr Strassha, alors médecin à Interlaken, le diagnostic suivant : péritonite circonscrite.

Le premier mois écoulé et grâce à un peu de rémission survenue dans les accidents, ma fille me revint ; mais, huit jours après, les mêmes symptômes se montrèrent de nouveau et en même temps on put constater dans la fosse iliaque un empâtement circonscrit sans fluctuation aucune, siégeant au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Cet empâtement devenant de plus en plus accusé, mes confrères diagnostiquèrent une pérityphlite avec abcès probable. Cet état dura environ trois semaines ; puis, le 15 octobre, deux mois après l'apparition des premiers symptômes, il se fit sur la ligne blanche, à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, une ouverture qui donna issue à un liquide brunâtre, sanieux, mélangé de pus mal lié.

Dès ce moment, la fièvre disparut presque complètement, les vomissements cessèrent et notre malade qui était arrivée au dernier degré du marasme, se trouve très soulagée et recouvra l'appétit.

Le 1^{er} novembre, quinze jours après cette première ouverture, eut lieu la perforation intestinale qui, à ce moment nous fut révélée par la présence dans les selles d'un pus abondant, plus louable que celui primitivement écoulé par l'ouverture abdominale, car, à dater de cette époque, il n'était jamais sorti par cette dernière qu'un liquide brunâtre auquel se trouvait mêlés de nombreux détritits de tissu cellulaire sphacélé. C'est alors que vint à notre aide mon excellent ami, le professeur Le Fort, dont les lumières et les bons avis nous rassurèrent. « Tout ira bien, nous dit-il, l'engraissement fera le reste », et c'est, en effet, ce qui tend à arriver.

L'ouverture extérieure existant, la perforation cæcale ne pouvant être contestée, qu'advint-il ?

Des matières stercorales passèrent alors par l'orifice abdominal, bien que la sortie des fèces continuât à se faire par l'anus.

Cet état persista jusqu'au mois de mai 1879, puis l'orifice intestinal et le trajet fistuleux se rétrécissant, sans doute les matières stercorales cessèrent de passer par le trajet et furent remplacées par du liquide intestinal, dont l'acidité entama la peau de la paroi abdominale et occasionna à la pauvre malade des cuissons intolérables et d'atroces douleurs.

L'écoulement dura jusque vers le milieu d'août et disparut alors pour être remplacé, à l'heure actuelle, par un très léger écoulement de pus qui doit provenir, soit du foyer primitif, soit même de la fistule, donc le trajet induré se dirige obliquement de la ligne iliaque antérieure et supérieure de trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic et devient parfois douloureuse ; quant aux selles, elles sont comme je le relatais plus haut, toujours irrégulières, mais accompagnées tous les dix ou douze jours d'une ou deux cuillerées à café de pus.

De cette observation il résulterait :

1° Que l'abcès siégeait dans le tissu cellulo-graisseux de la région cæcale ;

2° Que tout d'abord il s'est ouvert dans cette région, sans intéresser cet intestin, mais en déterminant entre les divers plans musculaires de la paroi abdominale des fusées, dont les principales contournent, en dehors du péritoine, le cæcum par son côté externe et, longeant le bord supérieur de l'os des îles, a donné lieu à un trajet fistuleux qui est venu s'ouvrir au niveau de la ligne blanche, après avoir passé en avant du faisceau droit du muscle droit antérieur;

3° Que ce n'est que quinze jours après cette ouverture extérieure que s'est produite la perforation du cæcum, puisqu'à cette date seulement a été constatée la présence du pus dans les selles;

4° Qu'enfin cette perforation doit s'être produite dans la portion du cæcum non revêtu de péritoine, c'est-à-dire à sa partie postérieure, car en tout autre endroit la perforation eût été suivie d'une péritonite rapidement mortelle.

OBSERVATION VII

(Thèse Granboulan.)

Coliques appendiculaires. — Quelques mois plus tard, appendicite terminée par selles purulentes. — En six mois quatre rechutes identiques. — Persistance d'un point douloureux dans la fosse iliaque droite. — Nouvelle rechute plus grave. — Guérison apparente pendant six ans. — L'empatement de la région cæcale existe toujours. — Opération. — Grosse masse épiploïque entourant l'appendice très adhérent, difficile à libérer. — Guérison.

M. X..., quarante-huit ans, ingénieur.

Aucun antécédent notable.

Le début remonte à 1882. A deux ou trois reprisés, le malade qui vivait dans de mauvaises conditions d'hygiène alimentaire, a souffert de crises affectant la forme de coliques néphrétiques survenant au milieu de la nuit, vers les trois heures du matin et d'une durée de deux heures.

A la fin de la même année, attaque très intense, coliques horri-

blement douloureuses, vomissements, ballonnement du ventre (une piqûre de morphine est nécessaire), en un mot, signes de péritonite, fièvre, constipation très opiniâtre, élancement dans le côté droit, dureté dans la fosse iliaque droite, dureté qui disparaît à la suite d'évacuation de pus par l'anus.

En l'espace de six mois, quatre rechutes succesives, identiques, et même plus fortes se produisent ; le malade reste pendant trois mois couché sans bouger, puis fait trois mois de convalescence (1883-1884).

A ce moment, un médecin diagnostique une tumeur qu'il faut enlever sans retard ; un autre médecin diagnostique une typhlite.

La guérison semble à peu près complète, malgré quelques accès peu intenses à la suite de la constipation, malgré un point douloureux dans la fosse iliaque droite, constaté par le professeur Guyon, à l'aide du toucher rectal, combiné au palper ; ce point douloureux est traité par des pointes de feu, un cautère.

Une dernière rechute, la plus grave, a lieu en 1884. Saison à Plombières, d'où le malade revient dans d'assez bonnes conditions, il reste indemne à peu près jusqu'en 1890.

Depuis 1890, le malade éprouve tous les ans dans la fosse iliaque droite des tiraillements plus intenses depuis deux ans et accompagnés d'empâtement dans la région.

La constipation est toujours opiniâtre ; lavement matin et soir, sans quoi tiraillement dans la jambe rendant la marche difficile.

Urines normales. Pas d'amaigrissement.

Opération le 12 mai 1896. Chloroforme difficile, vomissements. La paroi abdominale est épaisse ; après l'incision du péritoine, on tombe sur une grosse masse épiploïque qui remplit toute la fosse iliaque droite et au milieu de laquelle est l'appendice (4 cent. de long), très adhérent, très difficile à libérer ; deux ligatures et thermo-cautère sur le moignon. Drainage avec une mèche de gaze.

Suites de l'opération.— Au bout de vingt-quatre heures, il survient des phénomènes de péritonite très sérieux, vomissements, ballonnement du ventre. Le pouls est à 130, la température à 38 degrés.

Un phlegmon de la paroi se déclare : au bout de quarante-huit

heures on enlève la mèche de drainage; les phénomènes diminuent en trois à quatre jours. Comme traitement : vessie de glace, jeûne absolu, deux pulvérisations phéniquées à 1/100 par jour, d'une demi-heure chacune.

Tout est fini huit jours après l'opération.

22 mai. — Suppression du spray; le malade se nourrit; selles normales; pouls 80; température 36°8; excellent état local et général.

Deux jours après, le malade est pris de symptômes de vaginalite; la vaginalite suppure comme le foyer iliaque (communication) et guérit très rapidement, après l'élimination d'un bourbillon sphacélé.

Guérison complète le 24 juin 1896.

OBSERVATION VIII

(Thèse de Blin, Puchelt, *Heidelberg klinische Annalen*.)

Appendicite. — Traitement médical. — Sang et pus dans les selles. —

Pas d'opération. — Mort au bout d'un an. — Autopsie, appendice détruit, carie de l'os iliaque; ramollissement du psoas iliaque.

S..., âgé de vingt-deux ans, mauvaise constitution. A la suite d'un bain froid, fièvre, diarrhée, douleurs dans la région du cæcum; sangsues, bains tièdes, constipation, symptômes de péritonite; calomel, lavements huileux; sang, puis pus dans les selles; cataplasmes, vésicatoires, cautères; matières fécales, grains de raisin dans le pansement.

Mort au bout d'un an.

Autopsie. — Péritoine sain, cavité purulente, appendice iléo-cæcal détruit, carie de l'os iliaque; ramollissement du psoas iliaque.

OBSERVATION IX

(Thèse Rocheron, Lyon, 1892.)

Appendicite. — Traitement médical, peu d'empatement région cœcale. — Collection sentie par le toucher rectal. L'abcès se vide spontanément dans le rectum dix-sept jours après le début. — Guérison. — Sept ans après, quelques difficultés à se servir de son membre droit.

M. C..., âgé de quarante-quatre ans, atteint de pérityphlite en 1870. Bonne santé antérieure, jamais d'affections intestinales; cependant depuis deux ans, douleurs sourdes dans la fosse iliaque droite. Le 3 juillet, après une période de surmenage professionnel, une série de repas irréguliers et de constipation avec douleurs assez marquées dans la fosse iliaque droite, des accidents graves éclatèrent brusquement. Le soir, M. C... eut comme une indigestion et des vomissements alimentaires qui durèrent toute la nuit. Vers le matin, il fut pris d'un frisson violent qui dura une demi-heure, puis il eut une sensation brusque de rupture dans le ventre suivie d'une douleur atroce dans la fosse iliaque droite et de ténésme vésical; une application de douze sangsues amena un grand soulagement. Pendant la semaine suivante, les douleurs persistèrent et les matières ingérées étaient vomies. Au bout de ce temps, pendant trois jours, il y eut régurgitation incessante de matières fécaloïdes, en même temps il y avait du météorisme de l'absence des selles et on trouvait dans la fosse iliaque droite un empatement vague et diffus, peu marqué, et par le toucher rectal, un foyer rétro-rectal diagnostiqué de bonne heure par les médecins. La température était modérément élevée, elle oscillait entre 38 et 39 degrés.

Pendant une semaine, l'état fut très grave, et on pensa à une laparotomie; on ne s'y décida pas à cause de l'absence d'une sensation nette de foyer d'induration ou d'empatement dans la région abdominale antérieure; seule l'existence de la tumeur du petit bassin,

appréciée par le toucher rectal, pouvait donner l'indication d'une intervention ; mais vers le 20 juillet, les symptômes généraux s'étaient beaucoup atténués. Quelques jours après, la tumeur rectale se vida dans l'intestin ; il sortit en une fois la valeur d'un verre de pus extrêmement fétide et l'évacuation continua pendant trois jours. A partir de ce moment, M. C... entra en convalescence ; il commença à sortir vers le 18 août ; il persista des douleurs légères dans la fosse iliaque jusqu'en octobre. Maintenant la santé est excellente ; quelquefois une sensation vague de pesanteur s'il y a de la constipation,

M. C..., revu par M. Dormoy, thèse de Lyon, 1897, n'a pas eu de nouvelles crises d'appendicite, mais depuis il a toujours quelque difficulté à se servir de sa jambe droite, spécialement pour monter des marches un peu élevées, telles que des marchepieds de voiture.

OBSERVATION X

(Thèse Rocheron, Lyon, 1892.)

Affection remonte à dix mois. — Accidents aggravés le dernier mois. — Tumeur fosse iliaque droite. — Selles renfermant des quantités considérables de pus. — État général ne s'améliore pas. — Opération décidée. — Malade contracte pneumonie. — Opération renvoyée. — Aggravation de l'état du malade. — Celui-ci est emmené chez les siens.

B..., quarante-quatre ans, manœuvre, entré le 25 juin, sorti le 6 juillet, salle Saint-Louis, n° 27.

Bonne santé antérieure. L'affection remonte à dix mois ; à ce moment, il commença à faiblir, à maigrir et à avoir des digestions pénibles.

Il y a trois mois, il sentit une tumeur dans la fosse iliaque droite, mais il ne cessa son travail qu'il y a quinze jours. Il entra à l'Hôtel-Dieu le 25 juin ; il est pâle et amaigri, il appelle l'attention sur sa fosse iliaque où on constate une tumeur dure, faisant

corps en apparence avec l'os remontant un peu du côté de la région lombaire. De prime abord, vu les symptômes antécédents et la dureté de la tumeur, on hésite entre l'idée d'un plastron inflammatoire et une tumeur de l'os iliaque, mais l'examen de la température qui atteint 39 degrés et des selles qui renferment des quantités considérables de pus, à l'insu du malade, confirme le diagnostic de tumeur phlegmoneuse ouverte dans l'intestin. Vu l'abondance des évacuations purulentes, on n'intervient pas. L'état général ne s'améliorant pas et la température restant élevée, on est sur le point d'opérer, lorsque le malade contracte une pneumonie droite très grave qui ne permet plus aucune intervention.

Arrivé à la dernière extrémité, les parents emmenèrent le malade chez lui pour qu'il meure au milieu des siens.

OBSERVATION XI

(Dupuytren, *Cliniques chirurgicales*, t. III, 1839.)

Appendicite. — Traitement médical. — Selles purulentes pendant plusieurs jours. — Guérison.

Un jeune homme, âgé de vingt-cinq ans, fort et bien constitué, éprouvait depuis trois semaines des coliques sourdes, surtout après le repas; après une journée fatigante il est obligé de se rendre à l'Hôtel-Dieu.

Douleurs, tension et gonflement dans la fosse iliaque droite, coliques sourdes, selles rares et difficiles.

Les jours suivants, accroissement de la tumeur, légère fréquence du pouls, mais pas de symptômes généraux graves.

À la suite d'un purgatif, quatre selles copieuses suivies d'un grand soulagement; les jours suivants, la tuméfaction du bas-ventre diminue sensiblement. Le malade déclare que depuis trois jours il avait remarqué quelque chose de blanchâtre dans ses selles; vérification de la dernière selle est faite et l'on trouve les fèces entière-

ment purulentes composées d'une matière blanche, épaisse, très abondante. Dès lors, il a été facile de voir que la diminution du volume de la tumeur datait du moment où ce genre de selles avait commencé à paraître. Lorsque le malade sort de l'hôpital, on sent dans la fosse iliaque un noyau profond d'engorgement.

Rentré quelques jours après pour des symptômes de dysenterie, il est soulagé par une diète ménagée et quelques calmants.

OBSERVATION XII

(Dupuytren, *Cliniques chirurgicales*, t. III, 1859.)

Appendicite terminée au bout de quinze jours par des selles. — Guérison.

Jeune homme de vingt ans, éprouvant depuis quinze jours des envies fréquentes d'aller à la selle, coliques, douleur avec tuméfaction circonscrite dans la fosse iliaque droite sans fièvre et sans trouble général.

Le malade avait eu la diarrhée deux jours avant l'apparition de ces accidents.

Le jour même de son entrée à l'Hôtel-Dieu, le malade a rendu une selle purulente assez abondante; pendant plusieurs jours les selles ont renfermé du pus; la tumeur iliaque s'était affaïssée en grande partie, les coliques avaient cessé et le malade était en pleine convalescence quelques jours après.

OBSERVATION XIII

(Dupuytren, *Cliniques chirurgicales*, t. III, 1853.)

Appendicite. — Selles purulentes. — Opération. — Pas de résection de l'appendice. — Rechute six mois après. — Absès ouvert spontanément à la peau donnant issue au pus et aux matières fécales. — Guérison au bout de huit mois.

Homme de vingt-huit ans, ayant eu des vomissements pendant

six jours, présentant une tumeur phlegmoneuse dans la région cæcale.

Au bout de quinze jours, évacuation de pus par l'anus. La paroi abdominale est incisée ; il ne se montre pas de pus ; cicatrisation de la plaie.

Au bout de six mois, rechute, abcès ouvert spontanément, donnant issue à du pus et à des matières fécales. Guérison au bout de huit mois.

OBSERVATION XIV

(Thèse Challiol, Quénu, *Bull. Soc. chir.*, 1852).

Appendicite. — Nouvelle crise deux ans après. — Depuis, périodes de constipation et de douleurs. — Un an après, nouvelle crise. — Selles sanguinolentes. — Opération. — Appendice volumineux adhérent, ulcération de la paroi du cæcum, cependant la muqueuse paraît avoir résisté. — Résection de l'appendice. — Guérison. — L'appendice est augmenté de volume, renferme une concrétion dure, présente une perforation. — Lésions inflammatoires en certains points. — Sclérose.

V..., vingt-huit ans, plombier, pris il y a trois ans, en mai 1887, d'une douleur subite dans la fosse iliaque droite avec irradiation dans le bas-ventre ; constipation opiniâtre. Durée trois semaines.

En juillet 1891, nouvelle crise avec douleur, ballonnement du ventre et constipation.

Durée deux semaines. D'août 1891 à mars 1892, des périodes de constipation, de six à huit jours, reparaissent de temps en temps l'obligeant au repos.

15 mars 1892. — V... entre à l'hôpital avec douleurs abdominales, diarrhée et selles sanguinolentes. On sent un empatement à trois travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale. Repos, régime lacté ; amélioration. A l'auscultation, aucun signe de tuberculose pulmonaire.

Ventre souple, sauf dans la fosse iliaque droite. On sent là une tumeur de la grosseur du pouce, très douloureuse au toucher.

Opération le 5 mai 1892. Incision sur le bord externe du droit. Appendice volumineux, épaissi, coudé sur lui-même et adhérent à la face antéro-externe du cæcum. Décollement laborieux. On trouve un petit foyer qui aboutit du côté de l'appendice à une perforation où passe le stylet et du côté du cæcum, à une ulcération de la grandeur d'une pièce de 50 centimes. La muqueuse cæcale paraît avoir résisté. Trois petites ligatures sur des adhérences. Fermeture de l'ulcération cæcale par plusieurs plans de suture ; puis résection de l'appendice. Procédé à manchette musculo-séreuse. Suture de la manchette, invagination par suture de Lembert. Sutures en étages de la paroi abdominale. Suites des plus simples. Sortie le 30 mai. Douleurs disparues, fonctions normales. Tendance à la constipation.

Appendice très augmenté de volume, renferme une concrétion très dure, d'aspect grisâtre, au niveau de la perforation. Pas d'autre ulcération à l'œil nu. Au microscope, lésions inflammatoires surtout dans la sous-muqueuse infiltrée de cellules rondes, Quelques follicules clos sont très hypertrophiés, d'autres ont éclaté et forment à la surface de la muqueuse de petites ulcérations cratériformes. Couche musculaire un peu épaissie avec lésions de sclérose. Séreuse elle-même épaissie, Pas de cellules géantes ; aucune dégénérescence des éléments embryonnaires. Deux tubesensemencés sur gélose n'ont donné que du *bacterium coli* commune.

OBSERVATION XV

(Thèse Challiol, Jalaguier, *Bul. Soc. chir.*, 1892.)

Appendicite. — Crise toutes les trois semaines ou tous les quinze jours pendant sept mois. — Dernière crise plus violente et terminée ainsi que les précédentes par des selles purulentes. — Opération à froid. — Résection de l'appendice renflé en massue contenant un calcul stercoral des fongosités, et communiquant avec le cæcum par une perforation. — Guérison.

Jeune garçon, quatorze ans et demi, pris au mois d'août 1891,

d'une première crise d'appendicite. Durée quinze jours. Depuis cette époque, crise tous les quinze jours ou toutes les trois semaines nécessitant chaque fois le repos au lit pendant trois ou quatre jours.

7 mars 1892. — Une nouvelle crise amène le malade à l'hôpital. Douleurs abdominales vives et une plaque d'induration large comme la paume de la main dans la fosse iliaque droite, qui diminua rapidement pour ne laisser subsister qu'une masse arrondie de la grosseur d'un œuf de pigeon au niveau de l'appendice. Crise terminée comme les précédentes par l'évacuation d'une petite quantité de pus dans les selles.

Malade gardé en observation six semaines. Opération le 28 avril 1892 pendant une période de rémission. Incision verticale de 8 centimètres le long du bord externe du muscle droit. On arrive sur le cæcum adhérent à l'épiploon. Résection des adhérences entre ligatures. Appendice recourbé de bas en haut et collé sur la face antérieure du cæcum; libéré, extrémité terminale renflée en massue contenant un calcul stercoral et des fongosités et communiquant par un petit orifice avec le cæcum. Cet orifice fut avivé à la curette et fermé par deux plans de sutures, un profond au catgut, un superficiel à la soie fine.

Le moignon appendiculaire lié à 1/2 centimètre du cæcum, retourné en dedans du cæcum est suturé en adossant séreuse à séreuse. Paroi abdominale fermée par sutures à étages. Suites opératoires nulles. Guérison. Sutures enlevées le deuxième jour, réunion parfaite, aucune douleur à la pression, aucune induration.

OBSERVATION XVI

(M. Tuffier, *Semaine médicale*, 1894.)

Depuis trois années, endolorissement vague dans la fosse iliaque droite, coupé par des crises plus aiguës; tuméfaction sentie par le toucher rectal. — Opération. — Laparotomie médiane sus-pubienne, évacuation de l'abcès. — Non-résection de l'appendice. — Les matières stercorales s'écoulent par la plaie. — Fistule persiste. — Quatre mois et demi après deuxième intervention. — L'appendice est enlevé, la région caecale voisine est réséquée dans l'étendue d'une pièce de 5 francs. — Guérison.

Jeune homme de dix-sept ans entré le 8 août 1893 à l'hôpital Beaujon, salle Gosselin, n° 18. Il s'agit d'une tuméfaction subaiguë localisée à la région sus-pubienne médiane. L'affection a débuté un mois auparavant par des douleurs accompagnées bientôt d'une tuméfaction qui augmente peu à peu pour acquérir les dimensions actuelles.

Depuis trois années le malade ressent un endolorissement vague dans la fosse iliaque droite; cet état douloureux permanent est entrecoupé d'accès de constipation avec exagération des douleurs, auxquels font suite de véritables débâcles. Les crises se rapprochent peu à peu; le malade faiblissait et maigrissait de plus en plus; à la suite d'un traitement médical, la situation s'améliore pour quelques mois, mais en octobre 1892 de nouvelles crises provoquèrent un dépérissement notable et au mois de juillet 1893 des accès fébriles se manifestèrent; douleurs plus vives, localisées à la fosse iliaque droite, s'irradiant dans la face antérieure de la cuisse correspondante. Pas de flexion permanente du membre inférieur. Tous ces accidents ont été cependant assez légers pour ne pas attirer l'attention du malade avant ces derniers jours et ce n'est qu'en l'interrogeant qu'il est possible de reconstituer ce passé pathologique. A son entrée le malade présente le facies péritonéal, la langue est saburrale, l'appétit nul, le pouls fréquent, petit, la température est de 38°5; cependant le ventre est plat et souple

dans sa partie supérieure. Au premier coup d'œil on voit une saillie manifeste au niveau de la région sus-pubienne; tuméfaction arrondie, médiane, remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic; latéralement elle s'étend jusqu'aux limites des muscles grands droits pour se perdre en bas derrière le pubis. Elle est mate dans toute son étendue. A la palpation on constate qu'elle s'enfonce profondément sous les muscles de l'abdomen et derrière la symphyse pubienne; son contour est nettement limité et on la prendrait volontiers pour la vessie en état de distension; la tension des muscles droits à sa surface ainsi que son prolongement rétro-pubien permettent de la localiser derrière la paroi abdominale. Le toucher rectal fait reconnaître que la tumeur descend très bas derrière le pubis; elle refoule le rectum dans lequel elle fait saillie, mais l'épaisseur des parties souples séparant le doigt de la tumeur, permet d'affirmer l'intégrité de la prostate et de la vessie. La tumeur occupe donc la cavité de Retzius. La fluctuation profonde est parfaitement nette.

La vessie la prostate et l'urèthre sont indemnes de toute lésion.

Le maximum de la douleur et de l'empatement se trouve à l'extrémité droite de la fosse iliaque.

Le diagnostic d'abcès prévésical d'origine appendiculaire, est porté.

Le malade est opéré le 10 août 1893. Une incision médiane sus-pubienne de 8 centimètres conduit à travers les muscles sclérosés sur une collection purulente occupant l'espace prévésical. L'index introduit dans la cavité trouve un prolongement se dirigeant vers la limite interne de la fosse iliaque droite. La cavité est tamponnée à la gaze iodoformée. Le surlendemain des matières stercorales s'écoulaient par le drain et constatation est faite qu'elles viennent bien de la fosse iliaque.

L'ouverture de l'abcès fut suivie d'une amélioration rapide de l'état général; l'écoulement des matières stercorales dura une quinzaine de jours et la plaie marcha d'abord très vite vers la guérison; mais il persista une fistule à trajet se dirigeant vers la fosse iliaque droite et le 23 décembre, quatre mois et demi après la première intervention, un débridement fut pratiqué et conduisit sur

l'appendice perforé. Résection de l'appendice et de la région cæcale voisine dans l'étendue d'une pièce de 5 francs; suture méthodique.

Le malade est complètement guéri.

OBSERVATION XVII

(M. Pauzat, *Gazette médicale de Paris*, 1883.)

Appendicite terminée par des selles purulentes. — Deux ans après, rechute, traitement médical. — Collection sentie par le toucher rectal. Laparotomie médiane est proposée au malade qui refuse. — Un mois après, selles purulentes pendant plusieurs jours. — L'évacuation du pus a été précédée de gargouillement dans la région cæcale. Guérison maintenue un an après.

X..., Sicilien, vingt-quatre ans, serrurier à Sfax (Tunisie). Ce jeune homme vigoureusement constitué a joui d'une excellente santé jusqu'à l'âge de vingt-deux ans. Depuis deux années il se plaint de constipation habituelle, il ne va à la selle que tous les trois ou quatre jours. En juillet et en août 1881, il a dû garder le lit pendant une trentaine de jours pour une affection qui est survenue dans le bas-ventre, sans cause connue et qui paraît tout à fait comparable à celle que nous avons à décrire; la région sus-pubienne était tuméfiée et douloureuse, les émissions d'urine très fréquentes et le malade croit avoir rejeté du pus par l'anus.

X... est arrivé à Sfax le 2 août 1882, après avoir eu pendant quatre jours un mal de mer très violent; parti bien portant de Sicile, il a éprouvé, après son débarquement, une douleur sourde et presque continue dans le bas ventre. Toutefois l'appétit était conservé et le 8 août il a fait un très gros repas, à la suite duquel les douleurs du bas-ventre ont augmenté; la marche les rendant plus aiguës. X... a pris le lit et a fait appeler, le 18 août, M. le Dr Pierrot, médecin en chef de l'hôpital militaire. M. Pierrot a trouvé la fosse iliaque droite empâtée et douloureuse, a diagnostiqué une périty-

phlite et prescrit le repos absolu au lit, des cataplasmes et un régime excessivement léger. Forcé de s'absenter, notre chef nous confie son malade que nous examinons le 26 août et chez lequel nous constatons l'état suivant :

Le regard est d'abord frappé par une voussure notable de la région sus-pubienne, la peau et la couche sous-cutanée y sont intactes, ni rougeur, ni chaleur, ni œdème appréciable, mais on trouve profondément une tumeur dont la forme rappelle beaucoup celle de la vessie distendue. Les contractions des muscles droits se passent sous la main et repoussent la tumeur en arrière ; elle est exactement médiane, d'une consistance uniformément dure ; mate, sans expansion ni battements ; çà et là quelques fines bosselures ; pas de points ramollis ni de traces de fluctuation. Partant de la symphyse pubienne, cette tumeur s'élève à 8 centimètres au-dessus d'elle, sa largeur est de 13 centimètres à la partie moyenne de la hauteur indiquée et de 12 aux deux extrémités supérieure et inférieure ; ses bords sont nettement délimités ; elle présente une face supérieure et des faces latérales, mais on ne peut en mesurer l'étendue ; en bas elle vient au contact des deux cordes de Fallope dans une étendue à peu près égale à la moitié interne des cordes. Le palper abdominal est fait avec précaution à cause des douleurs assez vives provoquées par la pression ; il semble cependant que la tumeur pénètre dans le petit bassin. A partir du bord droit de la tumeur, on constate dans toute la fosse iliaque droite un empâtement douloureux profond et assez marqué ; la région est d'ailleurs sonore et ne renferme pas de tumeur molle ou dure ; l'empâtement cesse au niveau de la naissance du côlon ascendant.

La fosse iliaque gauche ne présente rien d'anormal ; les ganglions inguinaux ne sont pas engorgés. Le malade urine de douze à quinze fois par jour, sans aucune douleur ; l'urine est d'un jaune clair, sans albumine, ni globules purulents, en un mot complètement normale. Par le cathétérisme avec une sonde métallique, on constate que le canal de l'urèthre est intact, que la vessie est presque vide et ne contient pas de corps étrangers.

La prostate est saine ; mais au-dessus d'elle le doigt rencontre

une tumeur qui fait une saillie considérable dans le rectum et qui présente le caractère de dureté uniforme de la tumeur sus-pubienne; elle est divisée par un sillon vertical et exactement médian en deux masses latérales assez volumineuses pour se mettre en contact avec les parois du petit bassin; on croit arriver jusqu'à son bord en introduisant le doigt aussi haut que possible.

En associant le palper abdominal et le toucher rectal surtout en frappant un coup sec au-dessus du pubis, on éprouve une sensation d'ébranlement communiqué à toute la tumeur; il s'en faut que ce soit la sensation de flot, mais ce caractère ne saurait appartenir à une tumeur entièrement solide.

Les troubles fonctionnels consistent dans la fréquence déjà signalée des émissions d'urine et dans une douleur sourde, continue, gravative occupant tout le bas-ventre et devenant parfois aiguë, pas de coliques proprement dites.

Depuis que le malade est alité, les selles ont lieu tous les deux ou trois jours; les matières sont rejetées en bols étroits et mous. Le malade, qui suit un régime très sévère depuis plusieurs jours, est fortement amaigri, mais il n'a pas de fièvre et demande à manger.

Pendant les quatre jours suivants, l'état reste sensiblement le même; un peu de rectite, légère réaction fébrile; ramollissement un peu plus marqué de la tumeur.

Le diagnostic de phlegmon prévésical suppuré paraît hors de doute et proposition est faite au malade d'inciser la paroi abdominale au niveau des points ramollis, sur la ligne médiane. Le malade accepte pour le lendemain.

1^{er} septembre. — Même situation que la veille : au moment de l'opération, le malade prend peur et supplie d'attendre encore un jour, pas de selle.

2 septembre. — La tumeur sus-pubienne est manifestement moins saillante; la rougeur de la peau et l'œdème du tissu cellulaire ont disparu; le ramollissement et la fluctuation sont moins marqués : hauteur 8 centimètres, largeur 13 centimètres, ce sont les chiffres primitifs. Léger gargouillement dans la fosse iliaque droite toujours empâtée et douloureuse. Le ventre, en dehors des

régions précédemment atteintes est souple et nullement douloureux. Au toucher rectal, pas de modifications appréciables, aucun point ne paraît ramolli; le doigt semble pénétrer jusqu'au niveau du bord supérieur de la tumeur prérectale; il ne donne lieu à aucun écoulement et ne ramène qu'un peu de mucus. Il n'y a pas eu de selle, quinze émissions d'urine normale; fièvre légère; le malade se sent mieux que la veille.

3 septembre. — Crépitation gazeuse au-dessus du pubis, au niveau des points ramollis et le long du bord droit de la tumeur; cette crépitation se confond insensiblement avec le gargouillement déjà signalé dans la fosse iliaque droite et remontant jusqu'à la naissance du côlon ascendant. Hauteur de la tumeur sus-pubienne 7 centimètres, largeur 12 centimètres. La tumeur prérectale a un peu diminué de volume. Il n'y a pas encore de selle; douze émissions d'urine normale, fièvre à peu près nulle.

4 septembre. — Dans la nuit du 3 au 4, le malade a eu une selle composée de quelques matières fécales et d'un grand verre de pus gris jaunâtre, franchement phlegmoneux, légèrement fétide. Crépitation gazeuse sur toute l'étendue de la tumeur sus-pubienne. Hauteur, 6 centimètres, largeur, 10 centimètres, immédiatement au-dessus du pubis, et 9 centimètres seulement à l'extrémité supérieure de la tumeur. Au toucher rectal, pas de modifications sensibles, dix émissions d'urine normale.

Les 5, 6 et 7 septembre, le malade rejette encore du pus phlegmoneux par la voie rectale; la quantité rejetée en ces trois jours peut être évaluée à $1/4$ de litre.

Les 8 et 9 septembre, il n'y a pas de selles purulentes, les selles ultérieures ne sont pas conservées par le malade qui, se sentant hors de danger est devenu moins obéissant.

La tumeur phlegmoneuse diminue graduellement, tandis que persiste la crépitation gazeuse au-dessus du pubis et au niveau du cæcum.

Le palper abdominal étant moins douloureux, il devient facile de sentir la tumeur sus-pubienne s'enfoncer dans le petit bassin.

Le 16 septembre, la tumeur sus pubienne a disparu dans la

ligne médiane et du côté gauche ; à droite, on trouve encore de l'empâtement profond et du gargouillement qui se prolonge dans le cæcum.

La diminution de la tumeur prérectale est beaucoup plus lente ; à la date du 16 septembre nous constatons la persistance d'une masse dure et assez volumineuse.

A partir du 7 décembre, il y a eu de six à huit émissions d'urine par vingt-quatre heures.

Le malade commence à se lever le 17 septembre et reprend peu à peu des forces. A un dernier examen fait le 26 septembre, nous constatons que la région sus-pubienne et la fosse iliaque droite sont à peu près revenues à l'état normal ; à peine un peu d'empâtement douloureux au niveau de l'extrémité inférieure du cæcum ; mais il reste encore une plaque d'induration très manifeste en avant du rectum.

X... a pu reprendre son travail au milieu d'octobre et en juillet 1883 jouit d'une bonne santé.

OBSERVATION XVIII

(Thèse Dormoy, Lyon, 1897.)

Appendicite depuis trois semaines. — Traitement médical, disparition presque complète du plastron abdominal, mais formation d'une collection en avant du rectum. — Incision par la voie rectale, évacuation du pus pendant plusieurs jours. — Rechute moins vive quinze jours après, pas de selles purulentes. — Guérison. — Un peu de difficulté à se servir de son membre inférieur droit.

M..., âgé de trente-cinq à quarante ans, charbonnier, entre le 11 décembre 1896 dans le service de M. Jaboulay.

Il y a environ trois semaines, il fut pris d'une colique franche d'appendicite.

Vomissements, fièvre, douleur dans le bas-ventre.

Le traitement médical fut immédiatement institué, mais les symptômes persistèrent.

Depuis quelques jours le malade fait des glaires et a souvent de faux besoins.

A son entrée, les phénomènes appendiculaires ont diminué. Le plastron abdominal a presque complètement disparu.

C'est à peine si l'on trouve un peu d'empâtement dans la fosse iliaque droite.

Mais par le toucher rectal on découvre une collection fluctuante située en avant du rectum et y adhérent.

M. Jaboulay décide d'ouvrir cette collection par le rectum ; sur la face antérieure de son index gauche introduit dans le rectum, il fait glisser des ciseaux-mousses et donne issue à une forte verrée d'un pus chaud, crémeux, contenant quelques fongosités inflammatoires.

Le malade est immédiatement soulagé et quitte l'hôpital, guéri, deux jours après l'intervention.

Revu le 26 décembre, il dit que sans cesse, depuis l'opération, il a évacué par le rectum du pus en petite quantité et « des morceaux de chair » que nous supposons être des fongosités. Il a été repris le 24 décembre par une nouvelle crise très douloureuse que le médecin appelé traita par des injections de morphine et des potions opiacées.

Le 4 janvier, il ne souffre à peu près plus et a pu reprendre ses occupations ordinaires, mais, jusqu'à hier, il a dû passer au lit une partie de ses après-midi, les douleurs étant surtout vives à ce moment.

Le 6 février, il va bien et a repris tous ses travaux, quoique éprouvant encore parfois des pesanteurs dans le bas-ventre. Il a de la difficulté à se servir de sa jambe droite pour monter l'escalier.

OBSERVATION XIX

(Thèse Dormoy, Lyon, 1897.)

Appendicite. — Traitement médical. — Fosse iliaque libre. — Empâtement senti par le toucher rectal. — Deux mois après, le malade évacue du pus par le rectum — Guérison, difficulté légère pour se servir du membre droit.

D..., âgé de dix-sept ans, était habituellement sujet à de la constipation. Au mois de mai 1896, étant chez des amis à la campagne, il fut pris subitement d'une indigestion et de douleurs qui l'obligèrent à rester au lit, et, contre son attente, il ne put rentrer le soir. Le lendemain, allant mieux, il revint à Lyon où, pendant une huitaine de jours, il put continuer ses occupations, mais non sans fatigue et quelques douleurs.

Au bout de ce temps, il se mit au lit. Le Dr Morel, appelé, ordonna de la glace et du champagne et fit quelques piqûres de morphine. Le malade avait beaucoup de fièvre et même eut du délire. A ce moment, M. Bouveret, appelé, trouve un malade souffrant beaucoup, à peine calmé par trois piqûres de morphine par jour. La fosse iliaque droite était entièrement libre : on ne sentait aucun empâtement à ce niveau, mais, par le toucher rectal, on trouvait assez haut un empâtement très net et très douloureux. Température peu élevée. M. Bouveret proposa une intervention qui fut acceptée par la famille. Mais M. Maurice Pollosson refusa d'intervenir : le malade, en effet, était très bas et l'on ne savait pas où intervenir ; la fosse iliaque droite était libre.

Au bout de six semaines de douleurs épouvantables, le malade évacua du pus par le rectum. Depuis ce jour, il s'améliora rapidement et, au bout de trois semaines, put partir à la campagne pour y terminer sa guérison.

En janvier 1897, il est bien portant mais se plaint de ne

pas pouvoir faire de sa jambe droite le même usage que de sa jambe gauche.

OBSERVATION XX

Richardson, *Boston Medical journal*, 17 mars 1892.

Appendicite traitée médicalement depuis une semaine. — Très peu d'empatement dans la fosse iliaque droite. — Collection sentie par le toucher rectal. — Ponction de l'abcès par le rectum. — Guérison.

Le mercredi 15 novembre 1891 je fus appelé par le Dr Porter, d'Auburndale, pour voir M^{me} H. S. P., âgée d'environ trente ans. Le Dr Porter me fit le récit suivant :

« Vendredi dernier, je la vis pour la première fois; elle souffrait de coliques, d'indigestion, grand mal de tête, un peu de délire, un ou deux vomissements; j'essayai un purgatif, mais sans succès. Le lendemain matin le pouls était à 125 et la température était de 101°5; je lui donnai un calmant, l'abdomen était douloureux et le dimanche elle se plaignit surtout de la fosse iliaque droite; ces phénomènes prirent avant-hier l'allure de l'appendicite: du calomel donné à petites doses fit quelque effet.

« Hier, elle commença à avoir du météorisme; le pouls descendit à 100 et la température à 99°6. Ce matin elle eut deux selles. L'abdomen présentait un peu de matité dans le flanc droit et au toucher rectal on sentait une tuméfaction; on la percevait aussi par le vagin. »

Je trouvai la malade couchée, paraissant assez bien, la langue chargée et blanche, pas de distension de l'abdomen, bien qu'il y eût partout du tympanisme. On ne sentait rien par l'examen externe; par le vagin, l'utérus semblait être quelque peu fixé et il y avait de la résistance à droite; par le rectum, je sentais une tuméfaction molle et qui évidemment contenait du pus. L'état général était bon. Après sérieuse réflexion, je conseillai de ponctionner la tumeur et de la drainer par le rectum.

Le lendemain, le Dr Porter, après anesthésie à l'éther, ponctionna l'abcès par le rectum et laissa un drain.

Amélioration très grande pendant trois semaines; guérison depuis.

Cette observation et la suivante ont été traduites par M. Bahans, professeur d'anglais.

OBSERVATION XXI

Richardson, *Boston Medical journal*, 17 mars 1892.

Appendicite soignée médicalement. — Symptômes s'améliorent pendant une semaine. — Rechute. — État grave. — Anesthésie impossible. — Collection purulente ponctionnée par le rectum. — Guérison.

Le lundi 14 décembre 1891, je fus appelé pour voir un jeune homme habitant South-Boston par son médecin le Dr W.-J.-G. Forgg, qui me fit le récit suivant :

« James W. B., âgé de vingt-six ans, ouvrier sur métaux, était parfaitement bien jusqu'au vendredi soir de la semaine dernière; en se couchant, ce soir-là, il se plaignit à sa femme de douleurs abdominales; il dormit assez bien, prit un léger déjeuner le lendemain et se rendit à son travail. Il eut une bonne selle; mais vers le milieu de l'après-midi, il eut une douleur aiguë dans le ventre. « Il en indiquait la place en mettant la main au-dessus de la partie basse de l'abdomen et au-dessous du nombril »; la douleur dura toute l'après-midi et il ne put travailler.

« Le lendemain il resta chez lui, souffrant beaucoup du ventre, du côté droit et ayant des vomissements; la langue était sèche, rouge; la respiration difficile et plus fréquente; pouls 88, température 101 degrés, léger frisson.

« Lundi, le pouls monte à 130; la douleur fut un peu atténuée par l'opium. Ventre ballonné, respiration difficile et vomissements continuels.

« Le lendemain, le pouls tomba à 98. Le malade était hébété par suite de l'opium. Les vomissements et les nausées continuaient.

« Le mercredi et le jeudi, les symptômes généraux ne furent pas modifiés. Le malade ne pouvait plus supporter le lait et l'eau gazeuse pris jusqu'alors; il eut de la rétention d'urine et on fut obligé de le sonder,

« La distension de l'abdomen atteignit son maximum le troisième jour; il n'y a eu aucun écoulement de pus; les douleurs ont été moins fortes depuis le troisième jour; la respiration est à présent meilleure, les vomissements ont cessé depuis ce matin et il a eu une selle abondante. »

A l'examen, je trouvai l'aspect général du jeune homme bon, la figure un peu rouge, les pupilles dilatées, l'abdomen présentant de la matité dans la fosse iliaque droite; la vessie était pleine; le pouls était à 104; la langue était un peu rouge. Pas de sensibilité spéciale, sinon en pressant fortement dans la fosse iliaque droite. Partout du tympanisme, sauf en cet endroit où il y avait de la matité. On ne pouvait rien sentir par le rectum.

Le mieux me semblait d'attendre, les symptômes ayant pris une tournure favorable. Tout alla bien pendant une semaine, mais alors les vomissements revinrent avec un redoublement de violence; augmentation de la douleur et du météorisme; envoyé à l'hôpital général de Massachusetts, le soir du 23 décembre, je le vis vers 11 heures du soir; vomissements constants; pouls et température élevés, très mauvais état général. Une grosse tumeur occupait la partie inférieure de l'abdomen, remplissant tout le côté droit et s'étendant assez loin du côté gauche; par le rectum on sentait une tuméfaction en arrière de la vessie. L'état du malade était si mauvais que l'anesthésie et la laparotomie étaient hors de question; aussi, j'introduisis un long trocart rectal de petit diamètre dans la tumeur; du pus fétide s'écoula aussitôt; la canule fut assujettie et un grand pansement antiseptique appliqué.

Pendant la nuit, les vomissements cessèrent. Environ deux quarts et demi (le quart = 1 litre 14 centilitres) s'écoulèrent par la canule. Au pansement de l'après-midi, la canule fut ôtée.

A partir de ce moment, la température a été normale; les signes

physiques ont entièrement disparu ; on ne sent rien par le rectum.

Il est en parfaite santé en mars 1892.

OBSERVATION XXII

(Péraire, *Bulletin de la Société anatomique de Paris*,
mai 1897.)

Appendicite. — Troisième rechute. — Laparotomie latérale. — Foyer purulent rétro-cæcal. — Appendice gangrené séparé du cæcum. — Gaz mélangés au pus. — Perforation intestinale.

M. Péraire montre un appendice enlevé le matin même par le professeur Terrier. Cet appendice a cela de très remarquable, c'est qu'il est complètement gangrené. Il contient dans sa cavité deux coprolithes, chacun du volume d'un pois. Cet appendice, comparable à un morceau d'éponge mouillé, répand une odeur de sphacèle caractéristique.

Il s'agissait d'une jeune Canadienne de vingt à vingt-cinq ans qui avait déjà eu, deux crises de coliques appendiculaires et qui fut prise, il y a quelques jours, de phénomènes péritonéaux graves. Après avoir éliminé l'idée d'une salpingite que ne démontrait pas le toucher vaginal, M. Terrier fit le diagnostic d'appendicite avec abcès probable péricæcal.

Toute la fosse iliaque droite était douloureuse et empâtée. La malade avait de la fièvre. C'est donc en pleine crise aiguë qu'elle a été opérée.

Après ouverture latérale droite de l'abdomen, on a trouvé l'épiploon congestionné, rougeâtre, comme infiltré et adhérent à la paroi antérieure du cæcum. Après destruction des adhérences et résection de cet épiploon, on a découvert un vaste foyer purulent, situé en arrière du cæcum et répandant une odeur infecte, puis nageant au milieu du pus, l'appendice complètement séparé du cæcum, s'effilochant et présentant une teinte d'un gris verdâtre. Il a suffi de le

saisir avec une pince à disséquer pour l'extraire. Des gaz existaient mélangés au pus, et on a constaté une perforation intestinale dans laquelle on pouvait faire pénétrer facilement une sonde cannelée. On s'est contenté de faire un lavage sommaire de la cavité de l'abcès au moyen d'eau salée, on a placé un drainage à la Mickulicz, à la gaze stérilisée, un drain en caoutchouc au fond de la plaie et on a fermé l'abdomen sans chercher à suturer la perforation intestinale.

M. Péraire insiste sur la nécessité d'opérer rapidement les appendicites ainsi que cela a été dit bien souvent et sur l'inutilité d'attendre le sphacèle de l'appendice, les abcès appendiculaires et la perforation du caecum.

OBSERVATION XXIII

(Due à l'obligeance de M. le professeur Poncet.)

Appendicite à rechute. — A la deuxième rechute, ouverture d'un gros abcès dans l'intestin. — Guérison apparente. — Nouvelle rechute cinq mois après ayant nécessité la résection de l'appendice. — Pas de perforation récente ou ancienne de celui-ci. — Guérison.

Il s'agit d'une jeune fille de treize ans, Mlle M. D., que M. Poncet vit en consultation dans les premiers jours de novembre 1897 avec le Dr Féa.

La petite malade présentait tous les signes d'un phlegmon iliaque, forme abdominale en plastron, d'origine appendiculaire. On crut devoir temporiser pendant quelque temps, mais l'état local ne se modifiant pas et l'état général laissant également à désirer, M. Poncet crut devoir intervenir. Le 21 novembre au matin, la petite malade allait être apportée dans la salle d'opération, lorsqu'elle eut une abondante selle purulente. En même temps, la tumeur abdominale disparaissait; aucune intervention ne fut pratiquée; on s'en tint exclusivement à un traitement médical; l'enfant quittait la maison de santé quinze jours après, en apparence guérie. Pendant cinq mois, la guérison put être considérée comme assurée.

Mais le 12 mai dernier, nouveaux accidents appendiculaires

graves avec péritonite généralisée. Opération par M. Poncet trente heures après le début des accidents.

Il trouve un appendice en gourde ayant à son extrémité le volume d'une grosse dragée et séparé du reste du canal appendiculaire par un rétrécissement très étroit de ce dernier. Il n'existe pas de perforation, l'extrémité dilatée laisse écouler à son incision une cuillerée à café de pus extrêmement fétide. L'appendice était très adhérent au mésentère et aux anses grêles voisines. En le décollant, on crève un abcès contenant une grande cuillerée de pus également très fétide. Péritonite sèche généralisée, caractérisée par une teinte rouge foncé de tout l'intestin et par de nombreuses fausses membranes. Pas de liquide.

Suites opératoires simples.

L'appendice examiné ne présente aucun signe de perforation récente ou ancienne.

OBSERVATION XXIV

(Due à l'obligeance de M. le professeur Poncet.)

Appendicite à répétition datant de vingt ans. — Il y a 7 ans, ouverture spontanée d'un abcès dans l'intestin. — Depuis, accidents appendiculaires plus ou moins éloignés. — Etat malade persistant caractérisé surtout par des troubles gastro-intestinaux, constipation opiniâtre, etc., évacuation de temps à autre d'une certaine quantité de pus par l'intestin. — Opération. — Appendice ne présentant pas de perforation ancienne ou récente. — Guérison.

M. M. B..., âgé de quarante-deux ans, a été opéré le 15 décembre 1897 à la maison de Santé par M. le professeur Poncet. On trouve un appendice atteint d'appendicite chronique avec dilatation ampullaire à sa partie médiane lui donnant la forme d'un fuseau. Aucun signe de perforation ancienne ou récente; l'appendice est recourbé sur la face interne du cæcum auquel il est très adhérent ainsi qu'aux anses grêles voisines. Résection. Suites opératoires simples.

CONCLUSIONS

Nous nous sommes proposé dans ce travail, sur le conseil de M. Poncet, de savoir ce qu'il advenait des malades chez lesquels un abcès d'origine appendiculaire s'était ouvert dans l'intestin.

Nous avons pu, à ce sujet, réunir 24 observations qui nous permettent d'avoir une opinion sur les résultats éloignés de ce mode d'évolution de l'appendicite.

Un premier fait se dégage de nos recherches, c'est que, sur les 24 ouvertures spontanées ou chirurgicales, l'abcès s'est ouvert 18 fois dans le cæcum, 6 fois dans le rectum. Nous ne trouvons aucun cas d'abcès ouvert dans une autre partie de l'intestin.

Le pronostic de ces perforations intestinales varie avec le siège. Ainsi, dans les 18 ouvertures cæcales :

La guérison spontanée s'est produite 3 fois; l'amélioration 1 fois; la mort par suppuration prolongée ou par maladie intercurrente 2 fois; les accidents appendiculaires ont continué et l'on a dû recourir à la résection de l'appendice 11 fois;

Dans 6 ouvertures rectales, la guérison a eu lieu 6 fois.

Il résulte donc nettement de nos recherches que : les abcès appendiculaires ouverts dans le cæcum laissent le malade exposé à des rechutes, à de nouveaux accidents inflammatoires, d'où la nécessité de la résection de l'organe, tandis que leur ouverture dans le rectum nous paraît, dans tous les cas, un mode de guérison définitive, puisque sur 6 cas nous avons 6 guérisons.

Au point de vue du traitement, ces considérations ont une réelle importance ; qui dit, en effet, abcès cæcal, dit guérison spontanée à peu près impossible (la durée des accidents appendiculaires a été en moyenne de quatre ans chez les cæcaux, et, dans une observation de M. Poncet, le malade souffrait depuis vingt ans).

Au contraire, dans les abcès rectaux, la question de la résection de l'appendice ne semble pas devoir se poser. Faisons remarquer en passant que nos conclusions pour les abcès ouverts dans le rectum sont conformes à celles du docteur Olivier, qui, dans sa thèse récente sur les résultats éloignés des appendicites suppurées, traitées par la simple incision de l'abcès, montre que sans résection de l'appendice la guérison a lieu dans le plus grand nombre des cas.

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,
PONCET

Vu : LE DOYEN,
LORTET

Permis d'imprimer :
LE RECTEUR,
G. COMPAYRÉ

BIBLIOGRAPHIE

- BENOIT, thèse de Paris, 1891.
BLIN, thèse de Paris, 1879.
BOUILLIER, thèse de Lyon, 1897.
BRUN, Société de chirurgie, 7 juillet 1895.
CHALLIOL, thèse de Lyon, 1894-1895.
CHARLOTTE VON MEYER, thèse de Lausanne, 1897.
DIEULAFOY, Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu de Paris.
DORMOY, thèse de Lyon, 1897.
DUPUYTREN, Cliniques chirurgicales, t. III, 1833.
— Cliniques chirurgicales, t. III, 1839.
GRANBOULAN, thèse de Paris, 1896-1897.
OLIVIER, thèse de Lyon, 1898.
PAUZAT, Gazette médicale de Paris, 1883.
PERAIRE, Société anatomique de Paris, 21 mai 1897.
— Bull. Soc. anatomique de Paris, mai 1897.
RICHARDSON, Boston Medical journal, 17 mars 1892.
ROCHERON, thèse de Lyon, 1892.
LEGENDRE, Société de chirurgie, 1863.
QUÉNU JALAGUIER, Société de chirurgie, 1892.
TALAMON, Appendicite et pérityphlite.
VELTEN, thèse de Lyon, 1895.

